



LAPORAN AKUNTABILITAS KINERJA

RSUP Dr. HASAN SADIKIN BANDUNG

TAHUN 2018

RUMAH SAKIT UMUM PUSAT Dr. HASAN SADIKIN BANDUNG

DIREKTORAT JENDERAL PELAYANAN KESEHATAN
KEMENTERIAN KESEHATAN RI



Jalan Pasteur No.38 Bandung
Telp. (022) 2034953-55 Fax. (022) 2032216 SMS Hotline. 08112335555

**LAPORAN AKUNTABILITAS
RSUP Dr. HASAN SADIKIN BANDUNG
TAHUN 2018**

DISIAPKAN/DIBUAT OLEH DIREKSI :

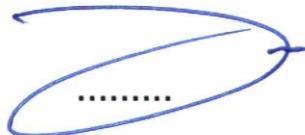
1. dr. R. Nina Susana Dewi, SpPK(K), M.Kes., MMRS
Direktur Utama



2. Dr. Nucki Nursjamsi Hidajat, dr.,SpOT(K), M.Kes., FICS
Direktur Medik dan Keperawatan



3. Yana Akhmad Supriatna, dr., SpPD-KP.
Direktur SDM dan Pendidikan



4. drg. Muhammad Kamaruzzaman, M.Sc.
Direktur Umum dan Operasional



5. Drs. Maskur, MM.
Direktur Keuangan



KATA PENGANTAR

RSUP Dr. Hasan Sadikin Bandung (RSHS) merupakan rumah sakit milik Kementerian Kesehatan. Sejak diresmikan pada tahun 1923, RSHS telah berkembang menjadi rumah sakit besar di Jawa Barat yang dicanangkan sebagai Rumah Sakit Rujukan Nasional dan sebagai Rumah Sakit Pendidikan bagi Fakultas Kedokteran Universitas Padjadjaran dan institusi pendidikan tenaga kesehatan lainnya.

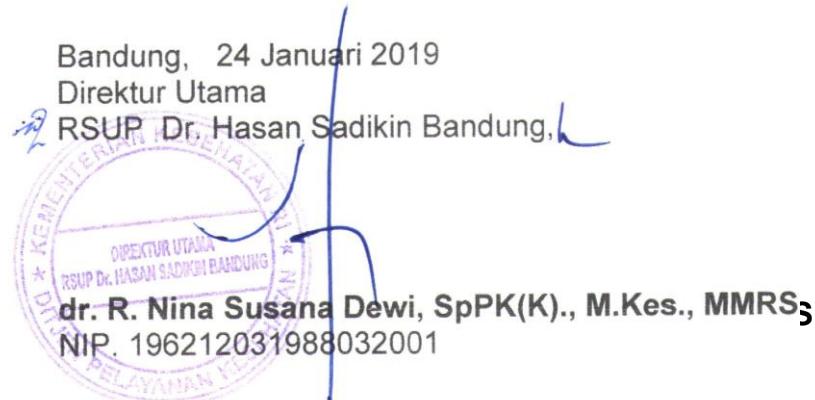
Sesuai dengan PP No. 23 Tahun 2005 dan berdasarkan SK Menkes RI No. 861/Menkes/VI/2005, RSHS telah berubah status dari Perusahaan Jawatan (Perjan) menjadi institusi yang menerapkan Pola Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum (PPK-BLU).

Tahun 2018, bagi RSUP Dr. Hasan Sadikin Bandung (RSHS) merupakan tahun keempat melaksanakan program dan kegiatannya mengacu pada Rencana Strategis Bisnis (RSB) RSHS 2015-2019.

Laporan ini menggambarkan pencapaian kinerja RSHS mengacu pada Penetapan Kinerja RSHS Tahun 2018 sebagai penjabaran dari RSB tersebut, dan pelaporannya mengacu kepada Peraturan Menteri Pendayagunaan Aparatur Negara dan Reformasi Birokrasi RI No 53 tahun 2014.

Diharapkan laporan ini dapat menjadi bahan penilaian bagi Kementerian Kesehatan mengenai pencapaian kinerja RSHS dan umpan balik bagi unit-unit terkait di RSUP Dr. Hasan Sadikin Bandung.

Kami ucapkan terima kasih kepada semua pihak yang telah menunjukkan komitmennya dalam rangka mewujudkan visi RSHS.



IKHTISAR EKSEKUTIF

Laporan Akuntabilitas Kinerja ini secara garis besar berisikan informasi rencana kinerja dan capaian kinerja yang telah dicapai selama tahun 2018. Rencana kinerja tahun 2018 dan penetapan kinerja 2018 merupakan kinerja yang ingin dicapai selama tahun 2018 yang mengacu pada tugas pokok dan fungsi serta Rencana Strategis Bisnis (RSB) RSUP Dr. Hasan Sadikin 2015–2019.

Laporan akuntabilitas kinerja memiliki dua fungsi utama, kesatu, merupakan sarana untuk menyampaikan pertanggungjawaban kinerja RSUP Dr. Hasan Sadikin kepada Direktur Jenderal Pelayanan Kesehatan dan seluruh pemangku kepentingan baik yang terkait langsung maupun tidak langsung. Kedua, merupakan sumber informasi untuk perbaikan dan peningkatan kinerja secara berkelanjutan.

Secara keseluruhan Kinerja RSUP Dr. Hasan Sadikin mendekati target yang telah ditetapkan dalam Penetapan kinerja tahun 2018, hal ini dapat diketahui dari:

Peningkatan indikator kesehatan Jawa Barat melalui Angka Kematian Ibu (AKI) mencapai 688/100.000 dari target yang ditetapkan sebesar 887/100.000. Angka Kematian Neonatal Dini (AKND) mencapai 69‰ dari target yang ditetapkan sebesar 60‰. Capaian Prevalensi kanker serviks sebesar 0,0118% dari target yang ditetapkan sebesar 0,0062%.

Peningkatan RSHS sebagai pilihan utama masyarakat melalui Preferensi masyarakat sebesar mencapai 99,42% dari target 95%. Akreditasi RS mencapai 100% dari target yang ditetapkan 100%. Capaian tingkat kepuasan pasien sebesar 78,66% dari target sebesar 80%. Peningkatan kepuasan peserta didik mencapai 80,12% dari target sebesar 78%.

Pencapaian layanan unggulan melalui persentase keberhasilan penanganan kasus severity level 2 dan 3 mencapai 89,39% dari target sebesar 90%. NDR rumah sakit mencapai 48,96‰ dari target 43‰.

Pencapaian Penyempurnaan sistem rujukan dalam jejaring kesehatan melalui % kasus rujukan yang tepat mencapai 52,9% dari target sebesar 60%.

Kemitraan strategis (ABGCM) melalui Jumlah KSO alat medik > Rp 3 M mencapai 6 KSO dari target sebesar 5 KSO. Jumlah PPK (panduan praktik klinik) yang diimplementasikan di faskes jejaring mencapai 11 buah dari target sebesar 10 buah.

Integrasi layanan, pendidikan dan penelitian melalui persentase Kepatuhan Clinical Pathway yang Sejalan Kurikulum Pendidikan mencapai 93,3% dari target sebesar 90%.

Pencapaian penyempurnaan keorganisasian AHC RSHS-PMN RSMC-FKUP melalui Jumlah SK bersama RSHS-FKUP yang diimplementasikan mencapai 7 dokumen dari target sebesar 7 dokuemn.

Pencapaian pengarus-utamaan riset pusat studi untuk kesehatan masyarakat melalui Jumlah Publikasi Riset mencapai 189 buah dari target sebanyak 182 buah.

Pencapaian sarana prasarana yang andal melalui Tingkat keandalan sarpras (*Overall Equipment Effectiveness/ OEE*) mencapai 95,69% dari target sebesar 85%.

Pencapaian pemberdayaan SDM unggul melalui persentase kasus ditangani DPJP mencapai 84,% dari target sebesar 100%.

Pencapaian Kemandirian finansial melalui POBO (Rasio Pendapatan PNBP terhadap Biaya Operasional) mencapai 70% dari target sebesar 75%.

Pencapaian keuangan yang akuntabel, transparan dan cost-effective melalui hasil audit keuangan masih dalam proses dari target WTP.

DAFTAR ISI

| | Hal |
|--|------|
| Lembar Pengesahan..... | |
| Kata Pengantar..... | i |
| Ikhtisar Eksekutif..... | ii |
| Daftar Isi..... | iv |
| Daftar Tabel | xi |
| Daftar Gambar..... | viii |
| Daftar Grafik..... | ix |
| BAB I : PENDAHULUAN | |
| A. Latar Belakang. | 1 |
| B. Maksud dan Tujuan. | 2 |
| C.Tugas Pokok dan Fungsi..... | 2 |
| D. Sistematika Penulisan Laporan Akuntabilitas Kinerja..... | 13 |
| BAB II : RENCANA KERJA TAHUNAN DAN PENETAPAN KINERJA | 16 |
| A.Rencana Kerja Tahunan (RKT)..... | 16 |
| B.Perjanjian Kinerja..... | 19 |
| BAB III : AKUNTABILITAS KINERJA | 22 |
| A. Pengukuran dan Analisis Pencapaian Kinerja | 22 |
| 1. Terwujudnya peningkatan indikator kesehatan Jawa Barat | |
| a. Angka Kematian Ibu (AKI) | 24 |
| b. Angka Kematian Neonatal | 27 |
| c. Prevalensi Kanker serviks | 28 |
| 2. Terwujudnya RSHS-RSMC-FKUP sebagai pilihan utama masyarakat | |
| a. Preferensi Masyarakat..... | 29 |
| b. Akreditasi RS | 30 |
| c. Tingkat Kepuasan Pasien | 37 |
| d. Tingkat Kepuasan Peserta Didik..... | 51 |
| 3. Terwujudnya layanan unggulan..... | |
| - % Keberhasilan penanganan kasus severity level 2 dan 3 .. | 54 |
| - NDR Rumah Sakit | 55 |
| 4. Terwujudnya penyempurnaan sistem rujukan dalam jejaring kesehatan | |
| - % Kasus rujukan yang tepat..... | 56 |
| 5. Terwujudnya kemitraan strategis (ABGCM) | |
| - Jumlah KSO alat medik > Rp 3 M..... | 57 |
| 6. Terwujudnya integrasi layanan, pendidikan dan penelitian | |
| a. Jumlah PPK (Panduan Praktek Klinik) yang diimplementasikan di faskes jejaring | 59 |
| b. % Kepatuhan Clinical Pathway yang Sejalan Kurikulum Pendidikan..... | 59 |
| 7. Terwujudnya penyempurnaan keorganisasian AHC RSHS FKUP | |
| a. Jumlah SPO Bersama RSHS FKUP yang diimplementasikan | 61 |
| 8. Terwujudnya pengarus-utamaan riset pusat studi untuk | |

| | | |
|--|----|----|
| kesehatan masyarakat | | |
| - Jumlah Publikasi Riset | 62 | |
| 9. Terwujudnya sarana prasarana yang andal | | |
| - Tingkat keandalan sarpras | 66 | |
| - % Kasus ditangani DPJP | 67 | |
| 9. Terwujudnya kemandirian finansial | | |
| - POBO (Rasio Pendapatan PNBP terhadap Biaya Operasional) | 69 | |
| 10. Terwujudnya keuangan yang akuntabel, transparan dan cost-effective | | |
| - Hasil Audit Keuangan | 69 | |
| B. Sumberdaya | | |
| 1. Sumber Daya Manusia | 72 | |
| 2. Sumber Daya Sarana Pra sarana..... | 76 | |
| 3. Sumber Daya Anggaran dan Realisasi..... | 79 | |
| C. Efisiensi Sumber Daya | | 82 |
| BAB IV : KESIMPULAN | | 84 |
| Lampiran : | | |

DAFTAR TABEL

| | Halaman |
|---|---------|
| Tabel 3.1 Capaian Angka Kematian Ibu (AKI) | 24 |
| Tabel 3.2 Target dan realisasi peningkatan indicator kesehatan Jawa Barat, Jumlah Kematian Ibu | 27 |
| Tabel 3.3 Capaian Angka Kematian Neonatal Dini (AKND) | 27 |
| Tabel 3.4 Capaian Prevalensi Kanker Serviks | 28 |
| Tabel 3.5 Capaian Preferensi Masyarakat | 29 |
| Tabel 3.6 Capaian Akreditasi Rumah Sakit | 30 |
| Tabel 3.7 Target dan Realisasi Akreditasi Rumah Sakit oleh KARS Tahun 2017..... | 32 |
| Tabel 3.8 Capaian Tingkat Kepuasan Pasien | 37 |
| Tabel 3.9 Rekapitulasi Hasil Nilai IKM Tahun 2018 | 40 |
| Tabel 3.10 Tindak lanjut IKM Instalasi Rawat Jalan | 40 |
| Tabel 3.11 PDSA Instalasi Rawa Inap | 40 |
| Tabel 3.12 Prosedur Pelayanan Instalasi Rawat Inap | 47 |
| Tabel 3.13 Rencana Kegiatan Instalasi Rawat Inap | 48 |
| Tabel 3.14 Rencana Kegiatan IRI | 48 |
| Tabel 3.15 Kenyamanan di Lingkungan Instalasi Rawat Inap | 48 |
| Tabel 3.16 Kemampuan Petugas Instalasi Rawat Inap | 49 |
| Tabel 3.17 Pelaksanaan/implementasi perbaikan | 49 |
| Tabel 3.18 Capaian Tingkat Kepuasan Peserta Didik | 51 |
| Tabel 3.19 Capaian % Keberhasilan Penanggulangan Kasus Severity level 2 dan 3 pada Layanan Unggulan | 58 |
| Tabel 3.20 Capaian NDR Rumah Sakit | 55 |
| Tabel 3.21 Capaian Presentase Kasus Rujukan Yang Tepat | 57 |
| Tabel 3.22 Capaian Jumlah KSO Alat medik > 3 M | 58 |
| Tabel 3.23 PKS Tahun 2017 > 3 M | 58\ |
| Tabel 3.24 Capaian Jumlah PPK (Panduan Praktek Klinik) yang diimplementasikan Faskes Jejaring | 58 |
| Tabel 3.25 Capaian Presentase Kepatuhan Clinical Pathway | 60 |
| Tabel 3.26 Clinical Pathway yang diimplementasikan | 60 |
| Tabel 3.27 Capaian Jumlah SPO Bersama RSHS – FKUP yang diimplementasikan | 61 |
| Tabel 3.28 Keputusan Bersama antara RSHS – FKUP | 62 |

| | | |
|------------|--|----|
| Tabel 3.29 | Capaian Jumlah Publikasi Riset | 63 |
| Tabel 3.30 | Jumlah Publikasi Jurnal Tahun 2018 | 65 |
| Tabel 3.31 | Capaian tingkat Keandalan Sarpras | 66 |
| Tabel 3.32 | Pengukuran Tingkat OEE Tahun 2018 | 67 |
| Tabel 3.33 | Capaian Presentase Kasus Ditangani DPJP | 68 |
| Tabel 3.34 | Persentase Kasus ditangani DPJP | 68 |
| Tabel 3.35 | Capaian POBO | 69 |
| Tabel 3.36 | Capaian Hasil Audit Keuangan | 70 |
| Tabel 3.37 | Strategi RSHS Untuk Meraih WTP | 70 |
| Tabel 3.38 | Komposisi SDM Berdasarkan Jenis Tenaga Desember 2018 | 73 |
| Tabel 3.39 | Komposisi SDM Berdasarkan Jenjang Pendikan yang telah disesuaikan | 73 |
| Tabel 3.40 | Komposisi SDM berdasarkan jenis Jabatan | 73 |
| Tabel 3.41 | Sumber Daya Sarana dan Prasarana Tahun 2018 | 76 |
| Tabel 3.42 | Sumber Daya Anggaran dan Realisasi | 79 |
| Tabel 3.43 | Laporan Operasional Tahun 2018 | 80 |
| Tabel 3.44 | Pengendalian SPPD | 82 |
| Tabel 3.45 | Pengendalian Distribusi Kertas | 83 |
| Tabel 3.46 | Analisa Pemanfaatan Linen | 87 |

DAFTAR GAMBAR

| | | |
|-------------|--|----|
| Gambar 3.1 | KARS Tahun ke 1 | 34 |
| Gambar 3.2 | Mock Survey JCI Ke 1 | 35 |
| Gambar 3.3 | Mock Survey JCI Ke 2 | 36 |
| Gambar 3.4 | Kegiatan Pengambilan Sample IKM | 39 |
| Gambar 3.5 | PKS Pemkot Bandung dan RSHS | 95 |
| Gambar 3.6 | MOU mengenai limbah padat | 96 |
| Gambar 3.7 | Penghargaan Penerbitan Berkala Sauyunan | 97 |
| Gambar 3.8 | Penghargaan Juara Contact Center | 97 |
| Gambar 3.9 | Penghargaan Juara Lomba dalam Rangka Acara HKN Kemenkes RI | 98 |
| Gambar 3.10 | Penyerahan Surat Apresiasi Kepada 18 Satker Vertikal di Lingkungan Dirjen Yankes atas Penyelesaian Temuan Hasil Pemeriksaan Itjen RI | 99 |

DAFTAR GRAFIK

| | | |
|-------------|--|----|
| Grafik. 3.1 | Angka Kematian Ibu Januari – Desember 2018 | 25 |
| Grafik. 3.2 | Capaian Prevalensi Kanker Serviks | 29 |
| Grafik 3.3 | Jumlah Ijin Penelitian Berdasarkan Human Subject | 62 |
| Grafik. 3.4 | Ijin Penelitian | 62 |
| Grafik. 3.5 | Persentase Kasus ditangani DPJP | 69 |

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Tata pengelolaan/pemerintahan yang baik (*good governance*) merupakan harapan semua pihak. Upaya untuk mewujudkan *good governance* tersebut telah dituangkan dalam berbagai peraturan perundang-undangan, antara lain:

1. TAP MPR Nomor XI Tahun 1998 tentang Penyelenggaraan Negara yang Bersih dan Bebas dari KKN ;
2. UU Nomor 28 Tahun 1999 tentang Penyelenggaraan Negara yang Bersih dan Bebas dari KKN;
3. Inpres Nomor 7 Tahun 1999 tentang Akuntabilitas Kinerja Instansi Pemerintah (AKIP);
4. Inpres Nomor 5 Tahun 2004 tentang Percepatan Pemberantasan Korupsi
5. PermenPAN dan RB No. 29 Tahun 2010 tentang Pedoman Penyusunan Tapja dan Pelaporan Akuntabilitas Kinerja Instansi Pemerintah
6. Permen PAN dan RB No. 35 Tahun 2011 tentang Juklak Evaluasi Akuntabilitas Kinerja Instansi Pemerintah
7. Keputusan Direktur Jenderal BUK No.HK.02.02.04/1568/12 tanggal 28 Agustus 2012
8. Perpres Nomor 9 Tahun 2005 tentang Kedudukan, Tugas, Fungsi, Kewenangan, Susunan Organisasi, dan Tata Kerja Kementerian Negara Republik Indonesia.
9. PermenPAN dan RB No. 53 Tahun 2014 tentang Petunjuk Teknis Perjanjian Kinerja, Pelaporan Kinerja dan Cara Reviu atas Laporan Kinerja Instansi Pemerintah.

Peraturan tersebut di atas mengisyaratkan bahwa setiap instansi pemerintah diwajibkan mengimplementasikan Sistem Akuntabilitas Kinerja Instansi Pemerintah (SAKIP) dengan tujuan mendorong terciptanya akuntabilitas kinerja instansi pemerintah sebagai salah satu prasyarat untuk terciptanya pemerintahan yang baik dan terpercaya.

SAKIP pada dasarnya merupakan sistem manajemen berorientasi pada hasil yang merupakan salah satu instrumen untuk mewujudkan instansi pemerintah yang akuntabel sehingga dapat beroperasi secara efisien, efektif, dan responsif terhadap aspirasi masyarakat dan lingkungannya. Terwujudnya transparansi instansi pemerintah dan partisipasi masyarakat dalam pelaksanaan pembangunan nasional serta terpeliharanya kepercayaan masyarakat kepada pemerintah. Dengan menerapkan SAKIP tersebut setiap instansi pemerintah diharuskan membuat Rencana Strategis (*Strategic Plan*), Rencana Kinerja (*Performance Plan*), Penetapan Kinerja (*Performance Agreement*) serta Laporan Akuntabilitas Kinerja (*Performance Accountability Report*).

Laporan Akuntabilitas Kinerja RSUP Dr. Hasan Sadikin Bandung (LAKIP RSHS) Tahun 2018 disusun sebagai pertanggungjawaban pelaksanaan tugas di RSUP Dr. Hasan Sadikin Bandung dalam kurun waktu tahun 2018.

B. Maksud dan Tujuan

LAKIP RSHS Tahun 2018 disusun dengan tujuan untuk mempertanggungjawabkan keberhasilan dan atau kegagalan pelaksanaan misi dalam mencapai tujuan dan sasaran yang telah ditetapkan dalam penetapan Kinerja RSHS Tahun 2018 dan juga sebagai umpan balik untuk memicu perbaikan kinerja RSHS di tahun yang akan datang.

C. Tugas Pokok dan Fungsi

Berdasarkan Peraturan Menteri Kesehatan RI No. 1673/MENKES/PER /XII/2005 tanggal 27 Desember 2005 tentang Organisasi dan Tata Kerja RSUP Dr. Hasan Sadikin Bandung, RSHS merupakan Unit Pelaksana Teknis (UPT) di lingkungan Kementerian Kesehatan yang berada di bawah dan bertanggungjawab kepada Direktur Jenderal Pelayanan Kesehatan Kementerian Kesehatan RI. RSHS dipimpin oleh seorang Kepala yang disebut Direktur Utama.

RSHS dikategorikan sebagai Rumah Sakit Kelas A dan berfungsi sebagai Rumah Sakit Pendidikan dan salah satu dari 4 RS Rujukan Nasional Rujukan

Puncak untuk Provinsi Jawa Barat. RSHS juga berfungsi sebagai Pusat Unggulan Nasional (*National Center of Excellence*) dalam bidang Kedokteran Nuklir dan ditetapkan sebagai satu-satunya penyelenggara Pendidikan Spesialis Kedokteran Nuklir di Indonesia.

1. Tugas Pokok

RSHS mempunyai tugas menyelenggarakan upaya penyembuhan dan pemulihan yang dilaksanakan secara serasi, terpadu, dan berkesinambungan dengan upaya peningkatan kesehatan dan pencegahan serta melaksanakan upaya rujukan, pendidikan dan penelitian serta upaya lainnya sesuai kebutuhan.

2. Fungsi

Dalam melaksanakan tugas pokok di atas RSHS menyelenggarakan fungsi:

- a. Pelayanan Medik dan Penunjang Medik.
- b. Pelayanan Keperawatan dan Asuhan Keperawatan.
- c. Pelayanan Rujukan.
- d. Pelayanan Umum dan Operasional Penunjang Non Medik.
- e. Pengelolaan Sumber Daya Manusia Rumah Sakit.
- f. Pelayanan Administrasi dan Keuangan.
- g. Pendidikan dan Pelatihan di Bidang Kesehatan serta Pengembangan Sumber Daya Manusia
- h. Penelitian dan Pengembangan

3. Struktur Organisasi

Secara garis besar berdasarkan Peraturan Menteri Kesehatan RI (Permenkes) No. 1673/MENKES/PER/XII/2005, RSHS dipimpin oleh seorang kepala yang disebut Direktur Utama yang membawahi struktur-struktur sbb :

- a. Direktorat Medik dan Keperawatan
- b. Direktorat Sumber Daya Manusia dan Pendidikan
- c. Direktorat Keuangan
- d. Direktorat Umum dan Operasional.

e. Unit-unit Non Struktural

Selain itu, di RSHS terdapat pula komite yang memberikan pertimbangan strategis kepada Direktur Utama dalam rangka peningkatan dan pengembangan pelayanan rumah sakit yaitu :

- a. Komite Medik
- b. Komite Etik dan Hukum
- c. Komite Mutu dan Keselamatan Pasien
- d. Komite Pencegahan dan Pengendalian Infeksi Rumah Sakit
- e. Komite Etik dan Penelitian
- f. Komite Keperawatan
- g. Komite Koordinasi Pendidikan
- h. Komite Tenaga Kesehatan Lainnya

Dalam melaksanakan tugasnya terutama yang berkaitan dengan pengawasan pelaksanaan tugas-tugas rumah sakit, Direktur Utama dibantu oleh Ketua Satuan Pemeriksa Intern (SPI).

RSUP Dr. Hasan Sadikin Bandung sebagai rumah sakit milik Kementerian Kesehatan RI merupakan puncak rujukan untuk propinsi Jawa Barat dan merupakan Rumah Sakit Kelas A. RSHS memiliki kemampuan untuk memberikan pelayanan medis spesialistik dan subspesialistik luas. Pelayanan spesialistik yang diberikan terdiri dari 21 pelayanan spesialistik dan 133 pelayanan subspesialistik. Pelayanan medik spesialistik tersebut adalah:

1. KSM Ilmu Penyakit Dalam/*Department of Internal Medicine*
2. KSM Ilmu Kesehatan Anak/*Department of Child Health*
3. KSM Obstetri dan Ginekologi/*Department of Obstetrics and Gynecology*
4. KSM Neurologi/*Department of Neurology*
5. KSM Ilmu Bedah/*Department of Surgery*
6. KSM Bedah Mulut dan Maksilofasial/*Oral and Maxillofacial Department*
7. KSM Orthopaedi dan Traumatologi/*Department of Orthopaedics and Traumatology*
8. KSM Ilmu Bedah Saraf/*Department of Neurosurgery*

9. KSM Urologi/*Department of Urology*
10. KSM Anestesiologi dan Terapi Intensif/*Department of Anesthesiology and Intensive Therapy*
11. KSM Ilmu Kesehatan Kulit dan Kelamin/*Department of Dermatology and Venereology*
12. KSM Ilmu Kesehatan Gigi dan Mulut/*Department of Dental and Oral Health*
13. KSM Ilmu Kedokteran Jiwa/*Psychiatry Department*
14. KSM Ilmu Kesehatan Telinga, Hidung, Tenggorok, Kepala dan Leher (THT-KL) / *Department of Otorhinolaryngology, Head and Neck Surgery*
15. KSM Ilmu Kedokteran Nuklir dan Pencitraan Molekuler/*Department of Nuclear Medicine and Molecular Imaging*
16. KSM Patologi Klinik/*Department of Clinical Pathology*
17. KSM Patologi Anatomi/*Department of Anatomical Pathology*
18. KSM Radiologi/*Department of Radiology*
19. KSM Ilmu Kedokteran Fisik dan Rehabilitasi/*Department of Physical and Rehabilitation Medicine*
20. KSM Kedokteran Forensik/*Department of Forensic Medicine*
21. KSM Ilmu Farmakologi dan Terapi/*Department Pharmacology and Clinical Pharmacy*

Pelayanan spesialistik maupun subspesialistik tersebut diselenggarakan di Instalasi Rawat Jalan, Instalasi Rawat Darurat, Instalasi Rawat Inap, Instalasi Rawat Intensif, Instalasi Bedah Sentral, Fasilitas Medik, Instalasi Pelayanan Jantung, Instalasi Hemodialisa, Instalasi Radioterapi, Teknologi Reproduksi Berbantu, dan Instalasi Paviliun Parahyangan yang didukung oleh pelayanan penunjang lainnya, seperti: Instalasi Gizi, Instalasi Farmasi, Instalasi Rekam Medis, Instalasi Pemeliharaan Sarana Rumah Sakit (IPSRS), Instalasi Kesehatan Lingkungan Rumah Sakit (IKLRS), Instalasi Sistem Informasi Rumah Sakit (ISIRS), Instalasi Binatu, Instalasi Central Sterile Supply Department (CSSD) dan lain sebagainya.

Selain pelayanan-pelayanan tersebut di atas, RSHS memiliki pelayanan-pelayanan khusus seperti:

1. Teknologi Reproduksi Berbantu (Klinik Aster)
2. Instalasi Pelayanan Jantung
3. Klinik Teratai (HIV/AIDS)
4. Klinik DOTS
5. Klinik TB MDR
6. Klinik Terapi Rumatan Metadon
7. Klinik Instansi Penerima Wajib Lapor (IPWL)
8. Klinik Alergi
9. Klinik Lupus
10. Instalasi Hemodialisis
11. Pelayanan Geriatri
12. *Medical Check Up* dan Pengujian Kesehatan Pegawai
13. Klinik Asnawati (Pelayanan Kemoterapi)
14. Klinik Thalasemia
15. Klinik Osteoporosis
16. Klinik Mendengkur (*Snoring Clinic*)
17. Klinik Anestesi
18. Fetomaternal Diagnostik
19. Skrining Tiroid
20. Pelayanan PKBRS
21. Bank Darah,
22. Instalasi Radioterapi
23. Pelayanan Kedokteran Nuklir
24. Klinik Paliatif

Pelayanan Subspesialistik di RSHS, yaitu:

1. Penyakit Dalam
 - Kardiovaskuler
 - Ginjal Hipertensi
 - Endokrinologi & Metabolisme
 - Gastroentero Hepatologi
 - Respirologi dan penyakit kritis respirasi

- Hemato Onkologi Medik
 - Reumatologi
 - Geriatri
 - Penyakit Tropik dan Infeksi
2. Obstetri & Ginekologi
- Fetomaternal
 - Onkologi
 - Fertilitas dan Endokrinologi
 - Uroginekologi
 - Obstetri dan Ginekologi Sosial
3. Kesehatan Anak
- Respirologi
 - Infeksi dan Penyakit Tropis
 - Kardiologi
 - Hematoonkologi
 - ERIA (Emerensi dan Rawat Intensif Anak)
 - Gastrohepatologi
 - Neonatologi
 - Neurologi
 - Gizi dan Penyakit Metabolik
 - Tumbuh Kembang dan Pediatrik Sosial
 - Endokrinologi
 - Alergi dan Imunologi
 - Nefrologi
4. Ilmu Bedah
- Bedah Onkologi
 - Bedah Digestif
 - Bedah Urologi
 - Bedah Anak
 - Bedah Plastik
 - Bedah Toraks
 - Bedah Vaskuler
5. Bedah Saraf
- Traumatologi
 - Vaskuler
 - Tumor
 - Degeneratif
 - Kongenital
 - Saraf Tulang Belakang
 - Infeksi
 - Bedah Saraf Fungsional

6. Ortopedi dan Traumatologi

- Tulang Belakang (*Spine*)
- *Hand & Microsurgery*
- Dewasa & Rekonstruksi (*Adult & Reconstruction*)
- *Ankle & Foot*
- Ortopedi Anak
- Ortopedi Onkologi
- *Sport Injury*

7. Bedah Mulut

- Infeksi Oromaksilofasial
- Dentoalveolar
- Neoplasma Oromaksilofasial
- Trauma Oromaksilofasial
- Kongenital Oromaksilofasial
- Bedah Ortognati Osteodistraksi
- Saraf Oromaksilofasial
- Kelenjar Ludah
- Temporomandibular Joint
- Implan Oromaksilofasial
- Kiste Oromaksilofasial
- Penanganan Khusus Oromaksilofasial
- Spesial Dental Care Density

8. Neurologi

- Cerebrovaskular (CVD)
- Nyeri dan Nyeri kepala
- Epilepsy
- Saraf tepi
- Neurofisiologi Klinik
- Infeksi susunan saraf
- Saraf Anak
- Neurogeriatri
- Neurobehaviour/ Fungsi luhur
- Neurooftalmologi, Vertigo, Otologi
- Neurorehabilitasi
- Neurotraumatologi
- Neuro intensif
- Neuro Radiologi
- Movement disorder
- Neuro Emergensi
- Neuro Imunologi

9. Anesthesiologi & Terapi Intensif

- Neuroanestesi
- *Intensive Care*
- Anestesi Pediatric
- Anestesi Regional
- Manajemen Nyeri (*Pain Management*)

- Anestesi Obstetri
 - Anestesi Thoraks dan Kardiovaskular
10. Kulit dan Kelamin
- Dermatologi Non Infeksi dan Geriatri
 - Dermatologi Anak
 - Dermatologi Kosmetik
 - Dermatologi Alergi & Imunologi
 - Dermatologi Tumor & Bedah kulit
 - Dermatologi mikologi & infeksi virus
 - Dermatologi infeksi bakteri & parasit
 - Dermatologi venereology
11. Kesehatan Gigi dan mulut
- Ilmu Penyakit Mulut
 - Periodontik
 - Orthodontik
 - Pedodontik
 - Prosthodontik
12. Kedokteran Jiwa
- Psikiatri Anak dan Remaja
 - Psikogeriatri
 - Psikiatri Komunitas
 - Psikiatri Adiksi
 - Psikiatri Biologi
 - Psikiatri Forensik
 - *Consultation Liaison Psychiatry (CLP)*
13. Radiologi
- Radiologi Pediatrik
 - Neuroradiologi
 - Radiologi Traktus Respirasi
 - Radiologi Kardiovaskuler
 - Radiologi Gastrointestinal
 - Radiologi Urogenitalis
 - Radiologi Muskuloskeletal
 - Radiologi *Breast and small parts*
 - Radiologi Intervensional
14. Patologi Klinik
- Hematoonkologi
 - Ginjal Hipertensi
 - Hepato gastroenterology
 - Imunoserologi dan alergi
 - Infeksi dan penyakit tropic/mikrobiologi
 - Endokrin
15. Telinga, Hidung, Tenggorok dan Bedah Kepala Leher (THT-KL)

- Laring Faring
 - Otologi
 - Rinologi - alergi
 - Bronkos esofagologi
 - Audiologi
 - Onkologi bedah kepala leher
 - Plastik rekonstruksi maxillo facial
 - THT komunitas
16. Kedokteran Fisik dan Rehabilitasi
- Rehabilitasi Muskulosketel
 - Rehabilitasi Neuromuskuler
 - Rehabilitasi Pediatrik
 - Rehabilitasi Geriatri
 - Rehabilitasi Kardiopulmonal
17. Patologi Anatomi
18. Kedokteran Nuklir dan Pencitraan Molekuler
19. Kedokteran Forensik dan Medikolegal
20. Farmakologi dan Terapi
21. Kesehatan Mata

Pelayanan spesialistik maupun subspesialistik tersebut diselenggarakan di Instalasi Rawat Jalan, Instalasi Rawat Darurat, Instalasi Rawat Inap, Instalasi Rawat Intensif, Instalasi Bedah Sentral, Instalasi Penunjang, Instalasi Pelayanan Jantung, Instalasi Hemodialisa, Instalasi Radioterapi, Instalasi Berbantu, dan Instalasi Paviliun Parahyangan yang didukung oleh pelayanan penunjang lainnya, seperti: Instalasi Gizi, Instalasi Farmasi, Instalasi Rekam Medis, Instalasi Pemeliharaan Sarana Rumah Sakit (IPSRS), Instalasi Kesehatan Lingkungan Rumah Sakit (IKLRS), Instalasi Sistem Informasi Rumah Sakit (ISIRS), Instalasi Binatu, Instalasi *Central Sterile Supply Department* (CSSD) dan lain sebagainya.

Selain pelayanan-pelayanan tersebut di atas, RSHS memiliki pelayanan-pelayanan khusus seperti: Teknologi Reproduksi Berbantu (Klinik Aster), Instalasi Pelayanan Jantung, Klinik Teratai (HIV/AIDS), Klinik DOTS, Klinik TB MDR, Klinik Terapi Rumatan Metadon, Klinik Instansi Penerima Wajib Lapor (IPWL), Klinik Alergi, Klinik Lupus, Instalasi Hemodialisis, Pelayanan Geriatri, *Medical Check Up* dan Pengujian Kesehatan Pegawai, Klinik Asnawati (Pelayanan Kemoterapi), Lab . Biologi Molekuler, Klinik Thalasemia, Klinik

Osteoporosis, Klinik Mendengkur (*Snoring Clinic*), Klinik Anestesi, Klinik Kosmetik/Anti Aging, Fetomaternal Diagnostik, Skrining Tiroid, Pelayanan PKBRS, Bank Darah, Instalasi Radioterapi dan pelayanan Kedokteran Nuklir.

RSHS sebagai rumah sakit rujukan *tertier* berupaya untuk dapat menyelenggarakan pelayanan secara terpadu. Untuk itu, pada pelaksanaannya dibentuk berbagai tim, diantaranya:

- Tim Keselamatan Pasien Rumah Sakit (KPRS)
- Tim Program Pengendalian Resistensi Anti Mikroba (PPRA)
- Tim Pelayanan *Obstetri Neonatal* Emergensi Komprehensif (PONEK)
- Tim Pengelola Program Keluarga Berencana Rumah Sakit (PKBRS)
- Tim Penanggulangan Infeksi HIV / AIDS
- Tim TB MDR
- Tim Pelayanan Rumatan Metadon
- Tim Penerima Wajib Lapor Pelayanan Pecandu Narkotika
- Tim Penapisan Teknologi Kesehatan (HTA)
- Tim Monitoring dan Evaluasi Rekam Medis
- Tim Pusat Pelayanan Terpadu Korban Kekerasan terhadap Perempuan dan Anak
- Tim Kanker
- Tim Paliatif
- Tim Penguji Kesehatan Pegawai
- Tim *Medical Check Up* (MCU)
- Tim Farmasi dan Terapi
- Tim Infeksi Khusus
- Tim Khusus Hemodialisa
- Tim Penanganan Khusus Bayi Kembar Siam
- Tim Trauma
- Tim Nutrisi
- Tim Manajemen Nyeri
- Tim Kode Biru
- Tim Perawatan Luka Bakar dan Stoma
- Tim Pengelola Perawatan *Home Care* Berbasis Rumah Sakit

- Tim pengembangan *stem cell* (sel punca)
- Tim Penanggulangan Bencana
- Tim *Clinical Pathway*
- Tim Transplantasi Ginjal
- Tim Skrining hipothyroid kongenital
- Tim terapi apheresis
- Tim Penanganan hipertensi dan penyakit jantung dalam kehamilan

Sejalan dengan tuntutan atau kebutuhan masyarakat yang semakin besar dan mengacu pada keunggulan sumberdaya manusia yang dimiliki, ketersediaan sarana dan prasarana yang memadai, serta keinginan yang kuat untuk memberikan pelayanan yang prima kepada masyarakat, sehingga sesuai dengan Rencana Stategis Bisnis RSHS ditetapkan pelayanan unggulan, sebagai berikut:

1. Pelayanan Kedokteran Nuklir
2. Pelayanan Teknologi Reproduksi Berbantu
3. Pelayanan Jantung
4. Pelayanan Onkologi & Infeksi
5. Pelayanan Transplantasi Ginjal
6. Pelayanan Bedah Minimal Invasif

Pelayanan Pusat Pendapatan (*Revenue Center*)

Sesuai dengan salah satu tujuan dari RSHS, yaitu meningkatnya *cost recovery* rumah sakit untuk menuju kemandirian, telah ditetapkan beberapa unit pelayanan yang diharapkan dapat memberikan kontribusi bermakna terhadap pendapatan (*revenue*) RSHS, yaitu:

1. Instalasi Bedah Sentral
2. Instalasi Rawat Inap Khusus Paviliun Parahyangan
3. Instalasi Farmasi
4. Instalasi Gawat Darurat
5. Instalasi Pelayanan Jantung
6. Pelayanan Laboratorium Patologi Klinik
7. Poliklinik Konsultasi Spesialis Anggrek

-
8. Pelayanan Pemeriksaan Radiologi
 9. Instalasi Radioterapi
 10. Klinik Aster (Instalasi Teknologi Reproduksi Berbantu)
 11. Pelayanan Rawat Inap lainnya.
 12. Pelayanan Kedokteran Nuklir
 13. Pelayanan Laboratorium Patologi Anatomi

Kapasitas tempat tidur (TT) yang tersedia adalah 975 terdiri dari 74 TT (7,6%) VIP, 114 TT (11,7%) Kls I, 160 TT (16,4%) Kls II, 458 TT (46,9%) Kls III, 39 TT (4,0%) Intensif, 84 TT (8,6%) *High Care Unit*, sisanya adalah ruang isolasi 37 TT (3,8%) dan non kelas 10 TT (1,0%).

D. Sistematika Penulisan Laporan Akuntabilitas Kinerja

Sistematika penulisan Laporan Akuntabilitas Kinerja RSUP Dr. Hasan Sadikin Bandung adalah sebagai berikut:

Pendahuluan yang berisi : kata pengantar, ringkasan eksekutif, daftar isi

BAB I, *Pendahuluan*, menjelaskan tentang latar belakang penulisan laporan, maksud dan tujuan penulisan laporan, kedudukan, tugas pokok, fungsi dan susunan organisasi RSUP Dr. Hasan Sadikin Bandung serta sistematika penulisan pelaporan.

BAB II, Dalam bab ini dipaparkan beberapa hal penting dalam perencanaan dan perjanjian kinerja, meliputi:

Gambaran singkat Rencana Strategis Bisnis (RSB) RSUP Dr. Hasan Sadikin tahun 2016 - 2019 dan sasaran program/kegiatan yang ingin dicapai selama kurun waktu 5 (lima) tahun dan rencana kerja tahunan serta indikator dan targetnya yang ditetapkan dalam perjanjian kinerja (penetapan kinerja) yang menggambarkan keterkaitan dengan Renstra/Rencana Lima Tahunan.

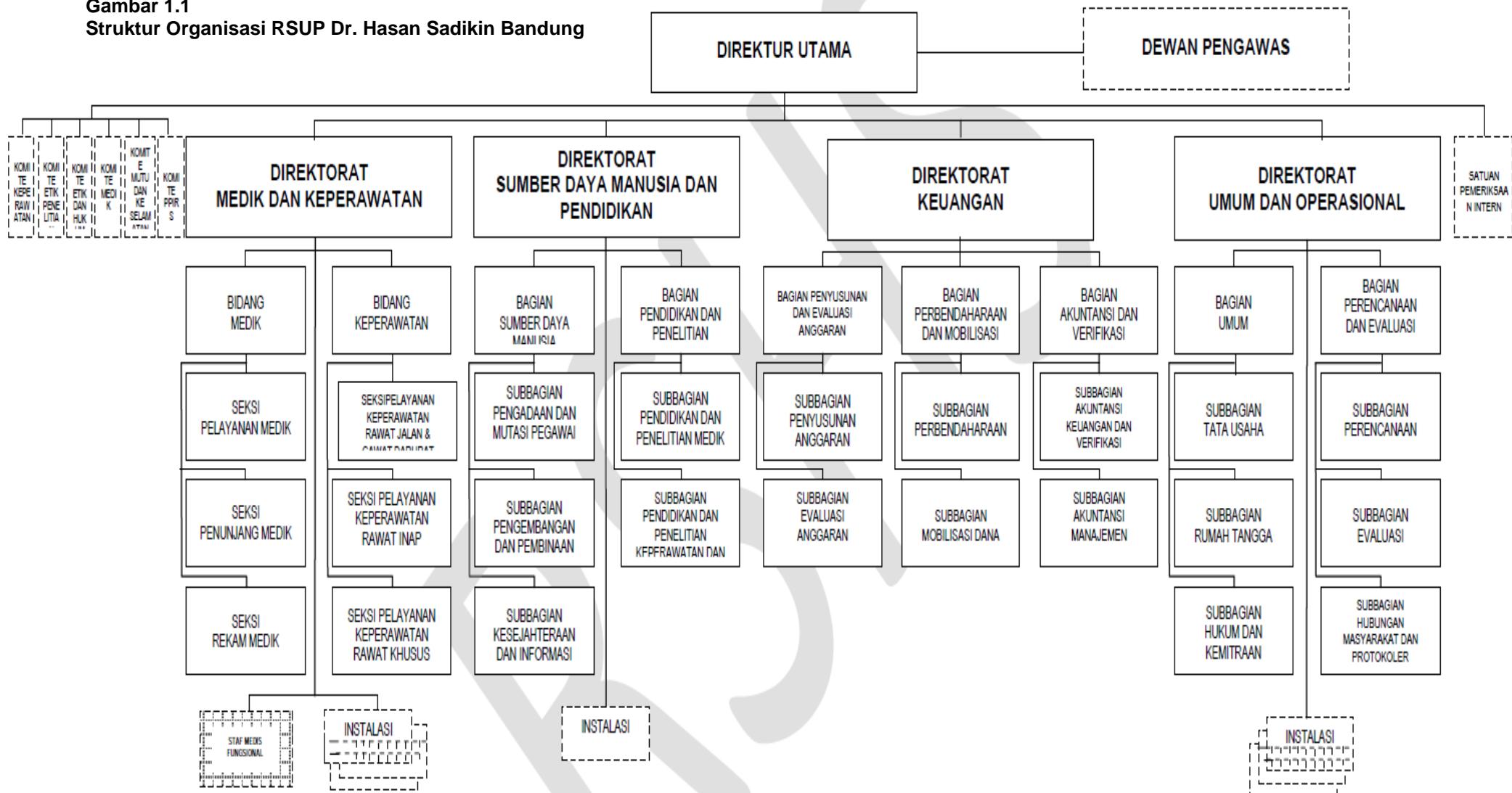
Bab III, Akuntabilitas Kinerja dalam Bab ini diuraikan pencapaian sasaran-sasaran, dengan pengungkapan dan penyajian dari hasil pengukuran kinerja, serta analisis capaian kinerja yang objektif dideskripsikan mengenai

keberhasilan dan kegagalan, permasalahan serta Usulan Pemecahan Masalah. Pada bab ini disajikan juga SDM, Sumber Daya Anggaran dan Sumber Daya Sarana dan Prasarana.

BAB IV, Penutup, mengemukakan secara umum tentang keberhasilan dan kegagalan, permasalahan dan kendala utama berkaitan dengan kinerja RSHS serta strategi pemecahan masalah yang akan dilaksanakan di tahun 2016.

Lampiran-Lampiran

Gambar 1.1
Struktur Organisasi RSUP Dr. Hasan Sadikin Bandung



BAB II

RENCANA KERJA TAHUNAN DAN PERJANJIAN KINERJA

Dalam rangka pencapaian visi, misi dan tujuan RSHS sesuai dengan Rencana Strategis Bisnis (RSB) RSHS 2015 - 2019, ditetapkan sasaran strategis sebagai berikut:

1. Terwujudnya peningkatan indikator kesehatan Jawa Barat
2. Terwujudnya RSHS sebagai pilihan utama masyarakat
3. Terwujudnya layanan unggulan
4. Terwujudnya penyempurnaan sistem rujukan dalam jejaring kesehatan
5. Terwujudnya kemitraan strategis (ABGCM)
6. Terwujudnya integrasi layanan, pendidikan dan penelitian
7. Terwujudnya pengarus-utamaan riset pusat studi untuk kesehatan masyarakat
8. Terwujudnya sarana prasarana yang andal
9. Terwujudnya pemberdayaan SDM Unggul
10. Terwujudnya kemandirian finansial
11. Terwujudnya keuangan yang akuntabel, transparan dan *cost-effective*

Sasaran strategis tersebut di atas merupakan penjabaran rencana strategis yang tertuang dalam matrik RSB 2015-2019 dan indikator sasarnya tertuang dalam Rencana Kerja Tahunan RSUP Dr. Hasan Sadikin tahun 2018.

A. Rencana Kerja Tahunan (RKT)

Rencana Kerja Tahunan RSUP Dr. Hasan Sadikin tahun 2018 merupakan rencana tahun keempat dari Rencana Strategis Bisnis (RSB) RSUP Dr. Hasan Sadikin tahun 2015-2019 yang menjadi acuan serta arah kegiatan RSUP Dr. Hasan Sadikin di tahun 2018.

I. Perspektif Stakeholder

a. Terwujudnya peningkatan indikator kesehatan di Jawa Barat

Dengan indikator sasaran sebagai berikut :

- 1) Angka Kematian Ibu (AKI)
- 2) Angka Kematian Bayi (AKB) Jawa Barat
- 3) Prevalensi Kanker Serviks

b. Terwujudnya RSHS sebagai pilihan utama masyarakat

Dengan indikator sasaran sebagai berikut :

- 4) Hasil Survei Preferensi Masyarakat
- 5) Akreditasi RS
- 6) Tingkat Kepuasan Pasien
- 7) Tingkat Kepuasan Peserta Didik

II. Perspektif Proses Bisnis

c. Terwujudnya layanan unggulan

Dengan indikator sasaran sebagai berikut :

- 8) % keberhasilan penanganan kasus tersier pada layanan unggulan
- 9) NDR Rumah Sakit

d. Terwujudnya penyempurnaan sistem rujukan dalam jejaring kesehatan

- 10) % Kasus rujukan yang tepat

e. Terwujudnya Kemitraan Strategis (ABGCM)

- 11) Jumlah KSO alat medik > Rp.3 M
- 12) Jumlah PPK yang di Implementasikan di Faskes Jejaring

f. Terwujudnya Integrasi layanan, pendidikan dan penelitian

- 13)% Kepatuhan *Clinical Pathway*

g. Terwujudnya penyempurnaan keorganisasian AHC RSHS-FKUP

- 14) Jumlah SPO Bersama RSHS-FKUP yang diimplementasikan

h. Terwujudnya pengarus-utamaan riset pusat studi untuk kesehatan masyarakat

- 15) Jumlah Publikasi Riset

i. Terwujudnya sarana prasarana yang andal

- 16) Tingkat Keandalan Sarpras

j. Terwujudnya pemberdayaan SDM unggul

17) % Kasus Ditangani DPJP

k. Terwujudnya kemandirian finansial

18) POBO (Rasio Pendapatan PNBP terhadap Biaya Operasional)

I. Terwujudnya keuangan yang akuntabel, transparan dan *cost-effective*

19) Hasil Audit Keuangan

B. Perjanjian Kinerja

Perjanjian kinerja yang ditetapkan dalam penetapan kinerja RSUP Dr. Hasan Sadikin Bandung tahun 2018 adalah sebagai berikut :

**Tabel 2.1
Sasaran Strategis, Indikator dan Target Kinerja
RSUP Dr. Hasan Sadikin Bandung, tahun 2018**



PERJANJIAN KINERJA TAHUN 2018

UNIT KERJA

| No. | Sasaran Program/Kegiatan | Indikator Kinerja | Target |
|-----|---|--|-------------------------------------|
| (1) | (2) | (3) | (4) |
| 1 | Terwujudnya peningkatan indikator kesehatan Jawa Barat | 1. Angka Kematian Ibu (AKI) 2. Angka Kematian Neonatal Dini 3. Prevalensi Kanker Serviks | 887/ 100.000 60 % 0,0062 % |
| 2 | Terwujudnya RSHS sebagai pilihan utama masyarakat | 4. Hasil Survei Preferensi Masyarakat 5. Akreditasi RS 6. Tingkat Kepuasan Pasien 7. Tingkat Kepuasan Peserta Didik | 95% 100% 80% 78% |
| B | Perspektif Proses bisnis | | |
| 3 | Terwujudnya layanan unggulan | 8. % Keberhasilan Penanganan Kasus Severity Level 2 dan 3 9. NDR Rumah Sakit | 90% 43% |
| 4 | Terwujudnya Penyempurnaan Sistem Rujukan Dalam Jejaring Kesehatan | 10. Persentase kasus rujukan yang tepat | 60% |
| 5 | Terwujudnya Kemitraan Strategis (ABGCM) | 11. Jumlah KSO Alat Medik > Rp 3 M 12. Jumlah PPK yang di Implementasikan di Faskes Jejaring | 5 KSO 10 buah |
| 6 | Terwujudnya Integrasi Layanan Pendidikan dan Penelitian | 13. Persentase kepatuhan Clinical Pathway | 90% |
| 7 | Terwujudnya Penyempurnaan Keorganisasian AHC RSHS- FKUP- PMN RSMC | 14. Jumlah SPO Bersama RSHS- FKUP dan RSMC yang diimplementasikan | 7 dokumen |
| 8 | Terwujudnya pengarus-utamaan riset pusat Studi untuk Kesehatan Masyarakat | 15. Jumlah Publikasi Riset | 182 buah |
| 9 | Terwujudnya Sarana Prasarana yang Andal | 16. Tingkat Keandalan Sarpras | 85% |
| 10 | Terwujudnya Pemberdayaan SDM unggul | 17. Persentase kasus ditangani DPJP | 100% |
| 11 | Terwujudnya Kemandirian Finansial | 18. POBO (Rasio Pendapatan PNBP terhadap Biaya Operasional) | 75% |
| 12 | Terwujudnya Keuangan yang Akuntabel, Transparan dan Cost-Effective | 19. Hasil Audit Keuangan | WTP |

| Kegiatan | Anggaran |
|--|-----------------|
| 1 Kegiatan Operasional pelayanan | 714.063.570.000 |
| 2 Kegiatan pemeliharaan Akreditasi JCI | 1.001.677.000 |
| 3 Kegiatan Pengembangan pelayanan RS | 72.591.142.000 |
| 4 Pengadaan , pembinaan dan pengembangan SDM berbasis Kompetensi | 141.018.815.000 |
| TOTAL | 928.675.204.000 |

Jakarta, 16 Desember 2017

Pihak Kedua,



dr. Bambang Wibowo, Sp.OG(K), MARS
NIP. 196108201988121001

Pihak Pertama,



dr. Irayanti, Sp.M.,(K),MARS.
NIP. 196201231989012001

BAB III

AKUNTABILITAS KINERJA

A. Pengukuran dan Analisis Pencapaian Kinerja

Guna mengetahui tingkat capaian kinerja terhadap standar, rencana atau target dari masing-masing indikator, maka dapat dilakukan pengukuran kinerja untuk mengetahui tercapainya sasaran strategis. Pengukuran kinerja diperlukan untuk mengetahui realisasi atau capaian kinerja yang dilakukan oleh RSUP Dr. Hasan Sadikin Bandung dalam kurun waktu Januari sampai dengan Desember 2018.

Tahun 2018 merupakan tahun keempat pelaksanaan Rencana Strategis Bisnis (RSB) RSUP Dr. Hasan Sadikin Bandung tahun 2015-2019. Pengukuran kinerja dilakukan dengan membandingkan realisasi capaian dengan rencana tingkat capaian (target) pada setiap indikator, sehingga diperoleh gambaran tingkat keberhasilan pencapaian masing-masing indikator.

Berdasarkan pengukuran kinerja tersebut diperoleh informasi masing-masing indikator, sehingga dapat ditindaklanjuti dalam perencanaan program/kegiatan di masa yang akan datang agar setiap program/kegiatan yang direncanakan dapat lebih berhasil-guna dan berdaya-guna.

Selain untuk mendapat informasi mengenai masing-masing Indikator, pengukuran kinerja ini juga dimaksudkan untuk mengetahui kinerja RSUP Dr. Hasan Sadikin Bandung, dibandingkan dengan target di dalam Rencana Strategis Bisnis (RSB) 2015 - 2019. Manfaat pengukuran kinerja antara lain memberikan gambaran kepada pihak-pihak internal dan eksternal tentang pelaksanaan misi RSUP Dr. Hasan Sadikin Bandung dalam rangka mewujudkan tujuan dan sasaran yang telah ditetapkan dalam dokumen Kinerja Utama dan Penetapan Kinerja.

Sasaran merupakan hasil yang akan dicapai secara nyata oleh RSUP Dr. Hasan Sadikin Bandung dalam rumusan yang lebih spesifik, terukur dalam kurun waktu 1 (satu) tahun. Dalam rangka mencapai sasaran, perlu ditinjau indikator-indikator dari masing-masing sasaran yang telah ditetapkan. Sasaran RSUP Dr. Hasan Sadikin Bandung adalah sebagai berikut :

I. Perspektif Stakeholder

- a. Terwujudnya peningkatan indikator kesehatan di Jawa Barat

Dengan indikator sasaran sebagai berikut :

- 1) Angka Kematian Ibu (AKI) Maternal Mortality Ratio (MMR)
- 2) Angka Kematian Neonatal
- 3) Prevalensi kanker serviks

- b. Terwujudnya RSHS sebagai pilihan utama masyarakat

Dengan indikator sasaran sebagai berikut :

- 4) Preferensi masyarakat
- 5) Akreditasi RS
- 6) Tingkat Kepuasan Pelanggan
- 7) Tingkat Kepuasan Peserta Didik

II. Perspektif Proses Bisnis Internal

- c. Terwujudnya layanan unggulan

Dengan indikator sasaran sebagai berikut :

- 8) % keberhasilan penanganan kasus severity level 2 dan 3 pada layanan unggulan
- 9) NDR rumah sakit

- d. Terwujudnya penyempurnaan sistem rujukan dalam jejaring kesehatan

- 10) % Kasus rujukan yang tepat

- e. Terwujudnya Kemitraan Strategis (ABGCM)

- 11) Jumlah KSO alat medik > Rp.3 M
- 12) Jumlah PPK (panduan praktik klinik) yang diimplementasikan di faskes jejaring

- f. Terwujudnya Integrasi layanan, pendidikan dan penelitian

- 13) % Kepatuhan *Clinical Pathway* yang sejalan Kurikulum Pendidikan

- g. Terwujudnya Pengarus-utamaan riset pusat studi untuk kesehatan masyarakat

- 14) Jumlah SPO bersama RSHS-FKUP yang diimplementasikan
- H. Terwujudnya pengarus-utamaan riset pusat studi untuk kesehatan masyarakat
- 15) Jumlah publikasi riset
- i. Terwujudnya Sarana Prasarana yang andal
- 16) Tingkat keandalan sarpras (*Overall Equipment Effectiveness/ OEE*)
- j. Terwujudnya pemberdayaan SDM Unggul
- 17) % kasus ditangani DPJP
- k. Terwujudnya kemandirian finansial
- 18) POBO (Rasio Pendapatan PNBP terhadap Biaya Operasional)
- I. Terwujudnya Keuangan yang akuntabel, transparan dan *cost-effective*
- 19) Hasil Audit Keuangan

Uraian kinerja dari masing-masing sasaran dan indikatornya adalah sebagai berikut:

1) Angka Kematian Ibu (AKI)

Perbandingan capaian kinerja tahun 2017 dan tahun 2018 serta terhadap jangka menengah tahun 2019 yaitu :

Tabel 3.1.
Capaian Angka Kematian Ibu (AKI)

| Realisasi Angka Kematian Ibu (AKI) Maternal Mortality Ratio (MMR) | Tahun 2017 | | Tahun 2018 | | Tahun 2019 |
|--|--|--------------------|-----------------|-----------------|--|
| | Target | Realisasi | Target | Realisasi | Target |
| | 670 per 100.000 (penurunan 12%) | 849 per 100.000 | 887 /100.000 | 688 /100.000 | 473 per 100.000 (penurunan 12%) |
| Capaian | | 128,92% | | 187,52% | |

Capaian AKI di RSHS tahun 2018 yaitu 688 per 100.000 persalinan (jumlah ibu yang meninggal di tahun 2018 sebanyak 21 orang dari 3.051 persalinan). Jumlah kematian ibu periode tahun 2018 telah mencapai 21 kasus.

Angka ini mengalami penurunan dibandingkan tahun 2017 yaitu sejumlah 909/100.000 kelahiran hidup. Hal ini sesuai dengan target tahun 2018 yaitu 887/100.000. Sebagian besar ibu yang meninggal akibat kehamilan atau keadaan lain yang berhubungan dengan kehamilan berada pada rentang umur > 34 tahun (42.85%). Dari 21 ibu yang meninggal, terdapat ibu dengan usia termuda yang meninggal di usia 15 tahun karena stroke dd/ensefalopati dan usia tertua 45 tahun dikarenakan pendarahan sub dural. Selain itu sebanyak 12 ibu (57.14%) telah melahirkan lebih dari satu anak (multipara), sisanya sebanyak 9 pasien (42.85%) adalah primipara.

Hal lain yang menjadi salah satu faktor risiko terjadinya kematian pada 21 pasien ini adalah pasien yang datang ke RSHS sudah dalam kondisi buruk menunjukkan keterlambatan dalam proses merujuk sehingga terlambat mendapat pertolongan. Hal ini menunjukkan adanya kualitas antenatal care yang belum optimal.

Adapun jumlah kematian tertinggi terdapat pada pasien dengan diagnosis *Superimposed preeklampsia* dengan *Decompensatio Cordis*, diikuti dengan eklamsia. Penyebab langsung kematian terbanyak adalah gagal nafas, diikuti oleh edema paru, serta penyebab lain seperti syok septik, pendarahan intraserebral, emboli paru, VSD pendarahan pasca salin karena atonia uteri, rupture uteri dan stroke dd/ ensefalopati

Perbaikan pada capaian AKI di RSHS dapat dicapai karena :

- Pembentukan Tim Hipertensi dan Penyakit Jantung dalam Kehamilan di RSHS
- Optimalisasi pelayanan PKBRS di poliklinik rawat jalan RSHS
- Pertemuan koordinasi dalam rangka sosialisasi PKBRS dengan Dinas Kesehatan Kota Bandung, puskesmas, RS pemerintah dan RS swasta di lingkungan Kota Bandung untuk menekankan pentingnya program KB untuk menurunkan kematian pada ibu .
- Program ZOOM (*Zero Mother Mortality Preeclampsia*) bersama-sama dengan POGI Jawa Barat dalam melakukan reedukasi SpOG, dokter umum dan bidan dalam hal tatalaksana pemberian MgSO4, terminasi di usia kehamilan maksimal 34 minggu, dan persalinan kasus hipertensi di RSU

- Pencegahan dengan pemberian asetosal 80 mg pada kasus risiko tinggi dan kalsium 1 gram di semua kehamilan.
- Pertemuan koordinasi dengan Dinas Kesehatan Kota Bandung, IBI Kota Bandung, RS Pemerintah dan RS Swasta di lingkungan kota Bandung mengenai sosialisasi dan edukasi antenatal terpadu dan sistem rujukan yang tepat serta pentingnya tatalaksana awal dan pendampingan pasien oleh tenaga kesehatan.

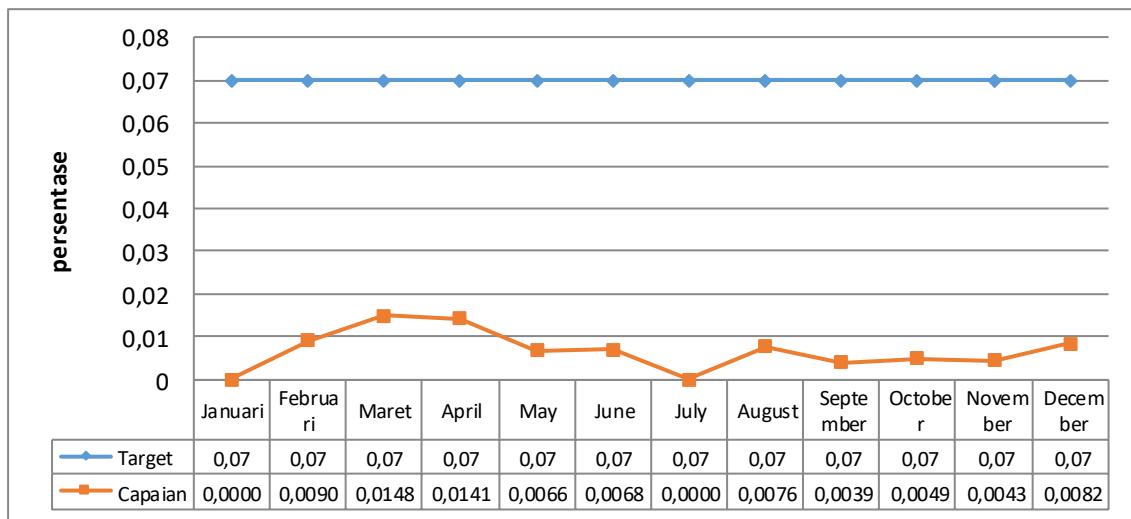
Upaya perbaikan capaian yang akan dilaksanakan secara berkelanjutan, meliputi :

- Meningkatkan pelayanan PKBRS di RSHS
- Optimalisasi sarana dan prasarana pada pelayanan intensif di RSHS.
- Meningkatkan komitmen DPJP, dan melakukan koordinasi dengan KSM Obstetri dan Ginekolgi, KSM Anestesiologi dan Terapi Intensif, Ilmu Penyakit Dalam dalam hal ini Divisi Kardiologi untuk bersama-sama mengawal dalam proses menjalankan program Tim Hipertensi dalam Kehamilan dan Kelainan Jantung.
- Melakukan koordinasi dengan POGI Jabar, Dinkes Provinsi Jawa Barat, Dinkes Kota Bandung, IBI Jawa Barat, RS Pemerintah, 7 RS regional yang RSHS ampu dan RS Swasta di lingkungan sekitar dalam kegiatan monitoring dan evaluasi serta tindak lanjut program menurunkan angka kematian ibu, program rujukan yang tepat, serta pentingnya program antenatal terpadu.
- Perencanaan *Women and Children Health Centre*.

Tabel 3.2
Target dan Realisasi peningkatan indikator kesehatan Jawa Barat, Jumlah Kematian Ibu

| Tahun | Jumlah Kematian Ibu | Jumlah Kelahiran Hidup | AKI | Target |
|-------|---------------------|------------------------|-----------------------------|-----------------------------|
| 2016 | 19 | 2106 | 867/100.000 kelahiran hidup | - |
| 2017 | 22 | 2420 | 909/100.000 kelahiran hidup | 670/100.000 kelahiran hidup |
| 2018 | 21 | 3051 | 688/100.000 kelahiran hidup | 887/100.000 kelahiran hidup |

Grafik 3.1
Angka Kematian Ibu bulan tahun 2018



2) Angka Kematian Neonatal Dini (AKND)

Perbandingan capaian kinerja tahun 2017 dan tahun 2018 serta terhadap jangka menengah tahun 2019 yaitu :

Tabel 3.2.

Capaian Angka Kematian Neonatal Dini (AKND)

| Realisasi Angka Kematian Neonatal | Tahun 2017 | | Tahun 2018 | | Tahun 2019 |
|-----------------------------------|------------------------|-----------|------------|-----------|------------------------|
| | Target | Realisasi | Target | Realisasi | Target |
| | 73‰ (Penurunan 10%) | 78,75‰ | 60‰ | 69‰ | 60‰ (Penurunan 10%) |
| Capaian | | | 86,96% | | 86,96% |

Data Angka Kematian Neonatal Dini / 0-6 hari (AKND) di RSHS tahun 2018 mencapai 69 per 1000 kelahiran (212 kematian neonatal dini dari 3066 kelahiran hidup) masih belum memenuhi target di tahun 2018 yaitu 60 per 1000 kelahiran hidup. Total 212 kematian neonatal dini berasal dari 194 kasus di Ruang Anthurium dan 18 kasus di NICU).

Upaya menurunkan kasus kematian bayi khususnya kematian bayi baru lahir terus diupayakan melalui beberapa program kegiatan yang sudah dilakukan di RSHS :

- Peningkatan kapasitas tempat tidur Ruang perawatan Neonatologi Anthurium yang semula dengan kapasitas 50 tempat tidur, saat ini telah ditingkatkan menjadi 60 tempat tidur, yang terdiri dari perawatan level 1 (15 tempat tidur) dan perawatan level 2 Neonatologi (45 tempat tidur) dan peningkatan sarana prasarana peralatan medis di NICU (dari 10 menjadi 14 kapasitas tempat tidur).
- Peningkatan kompetensi staf dan konsulen neonatologi
- Pelatihan *in house training* baik berupa pelatihan PONEK, pelatihan perawat ruang bayi, pelatihan perawat ruang NICU atau perawatan neonatologi level 2 dan 3
- Monitoring dan evaluasi berkala terhadap kepatuhan terhadap Clinical Pathway, terutama *Respiratory Distress syndrome / RDS*.
- Penyusunan proposal Women's and Children's Health centre

Rencana tindak lanjut mngurangi Angka Kematian Neonatal Dini diantaranya :

- Standarisasi peralatan resusitasi dan stabilisasi pasca resusitasi neonatus di IGD, VK, kamar operasi dan Anthurium (Level 1, HCU Infeksi, HCU non infeksi)
- Standarisasi kompetensi perawat neonatus

3) Prevalensi kanker serviks

Perbandingan capaian kinerja tahun 2017 dan tahun 2018 serta terhadap jangka menengah tahun 2019 yaitu :

Tabel 3.4
Capaian Prevalensi Kanker Serviks

| Realisasi Prevalensi kanker serviks | Tahun 2017 | | Tahun 2018 | | Tahun 2019 |
|---|------------|-----------|------------|-----------|------------|
| | Target | Realisasi | Target | Realisasi | Target |
| | 0,003% | 0,007% | 0,0062% | 0,0118% | 0,0062% |
| Capaian | | | 52,54% | | 52,54% |

Prevalensi kanker serviks RSUP dr Hasan Sadikin Bandung pada tahun 2018, mencapai 0,0118%. Dengan jumlah pasien baru terdiagnosa kanker serviks 904 dari jumlah wanita di Jawa Barat 21.146.692. Target Prevalensi Kanker Serviks tahun 2018 sebesar 0,0062%.

Rencana tindak lanjut akan terus dilakukan :

- Pelaksanaan skrining pasien dan re-edukasi mengenai pencegahan kanker serviks secara berkesinambungan
- Evaluasi dan analisis data mengenai persentase jumlah kanker serviks telah dilaksanakan secara rutin setiap bulannya dan per enam bulan/semester.
- Pengampuan ke RS jejaring terkait prevalensi kanker serviks
Peningkatan kualitas pelayanan onkologi diantaranya dengan peningkatan sarana prasarana dan alat kesehatan dengan diawali pembangunan bunker radioterapi, diharapkan dapat memenuhi kebutuhan yang tinggi akan pelayanan radioterapi pasien kanker serviks.

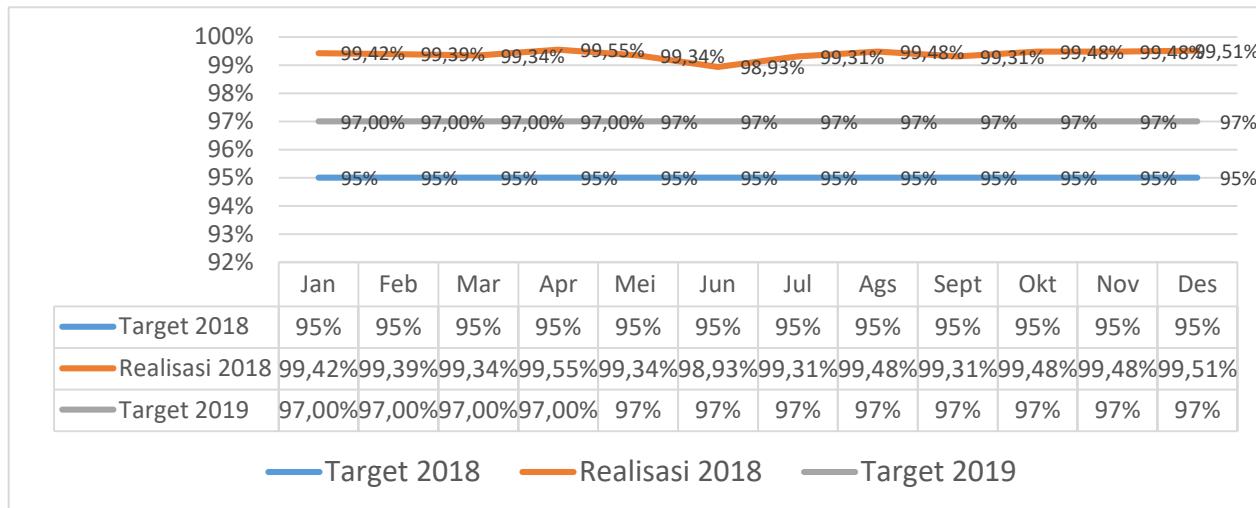
4) Preferensi Masyarakat

Perbandingan capaian kinerja tahun 2017 dan tahun 2018 serta terhadap jangka menengah tahun 2019 yaitu :

Tabel 3.5
Capaian Preferensi Masyarakat

| Preferensi masyarakat | Tahun 2017 | | Tahun 2018 | | Tahun 2019 |
|-----------------------|------------|-----------|------------|-----------|------------|
| | Target | Realisasi | Target | Realisasi | Target |
| | 70% | 99,44% | 95% | 99,51% | 97% |
| Capaian | | 104,75% | | 102,59% | |

Hasil survey preferensi masyarakat 2018 di targetkan 95%, realisasi mencapai 99,51% atau sekitar 104,75%. Progres capaian kinerja tahun 2018 terhadap target jangka menengah tahun 2019 terpenuhi sebesar 102,59%.

Grafik.**Capaian Preferensi Masyarakat Tahun 2018**

Preferensi mengandung pengertian kecenderungan dalam memilih atau prioritas yang diinginkan. Hasil survey preferensi masyarakat ini bertujuan ingin mengetahui kecenderungan/prioritas yang diinginkan masyarakat Jawa Barat terhadap keinginan pasien kembali ke RSHS. Salah satu hal yang mempengaruhi masyarakat Jawa Barat untuk kembali melakukan perawatan ke RSHS adalah tersedianya pelayanan subspesialisasi. Namun masih terdapat permasalahan yaitu masih tingginya *waiting list* untuk pasien Onkologi dikarenakan terbatasnya sarana dan prasarana baik itu alat kesehatan dan juga gedung untuk pelayanan pasien.

5) Akreditasi RS

Perbandingan capaian kinerja tahun 2017 dan tahun 2018 serta terhadap jangka menengah tahun 2019 yaitu :

Tabel 3.6
Capaian Akreditasi Rumah Sakit

| Realisasi Akreditasi RS oleh Komisi Administrasi Rumah Sakit (KARS) | Tahun 2017 | | Tahun 2018 | | Tahun 2019 |
|---|------------|-----------|------------|--------------------|------------|
| | Target | Realisasi | Target | Realisasi | Target |
| | 100% | 100% | 100% | Lulus Paripurna | 100% |
| Capaian | | 100% | | 100% | |

Capaian kinerja Akreditasi RS pada tahun 2018 mencapai realisasi sebesar 100% dari target sebesar 100%. Jika dibandingkan dengan capaian tahun 2017 memiliki nilai yang sama sebesar 100%. Progres capaian kinerja tahun 2018 terhadap target jangka menengah tahun 2019 telah terpenuhi sebesar 100%.

Berdasarkan UU Nomor 44 tahun 2009 tentang Rumah Sakit pasal 40, untuk meningkatkan mutu pelayanan rumah sakit, maka rumah sakit wajib dilakukan akreditasi minimal 3 tahun sekali. Akreditasi tersebut dilakukan oleh lembaga independen dari dalam dan luar negeri yang ditetapkan oleh Menteri Kesehatan.

Berdasarkan Surat Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 34 tahun 2017 tentang Akreditasi Rumah Sakit, mengenai penetapan Lembaga Independen pelaksana akreditasi RS di Indonesia:

1. Akreditasi dilaksanakan oleh lembaga independen penyelenggara akreditasi yang berasal dari dalam atau luar negeri
2. Lembaga independen penyelenggara akreditasi harus telah terakreditasi oleh lembaga *International Society for Quality in Health Care (ISQua)*

Dalam rangka meningkatkan mutu pelayanan rumah sakit, RSUP Dr. Hasan Sadikin Bandung menetapkan target kinerja (TAPJA) tahun 2018 yaitu lulus verifikasi akreditasi paripurna tahun ke-1 oleh Komisi Akreditasi Rumah Sakit (KARS) dan melakukan upaya-upaya untuk mempertahankan mutu layanan dan capaian akreditasi *Joint Commission International (JCI)* yang akan dilakukan *Triennial Survey* pada tanggal 18–22 Maret tahun 2019.

Untuk mencapai target tersebut dilakukan upaya perbaikan pemenuhan standar berdasarkan temuan *gap analysis (self assessment)*, dan melakukan program-program antara lain:

1. *Individual Patient Tracer*
2. *System Tracer*
3. *Facility Tour*
4. *Document Review*
5. *Closed Medical Record Review*
6. *Mock Interview*

Berdasarkan hasil survei ulang akreditasi KARS tahun 2017, RSUP Dr. Hasan Sadikin Bandung telah dinyatakan lulus terakreditasi paripurna yang berlaku dari tanggal 5 Juli 2017 sampai 11 Juni 2020.

Survei verifikasi akreditasi KARS tahun ke-1 telah dilaksanakan pada tanggal 4–5 Juni 2018, dengan para surveior sebagai berikut:

1. dr. Atikah M. Zaki
2. Enny Herawati, SKM

Mock Survey Akreditasi JCI ke-1 telah dilaksanakan pada tanggal 12–14 September 2018, dengan para surveior sebagai berikut:

1. dr. Agoes Oerip, Sp.OG(K).,MARS
2. dr. Ninung RD Kusumawati, M.Si.,Sp.A(K)
3. drg. Sri Yuniarti Rahayu, Sp.KG
4. Sri Widayati, S.ST.,M.Kes
5. Eko Sadono, S.Kp

Mock Survey Akreditasi JCI ke-2 telah dilaksanakan pada tanggal 26–27 Desember 2018, dengan para surveior sebagai berikut:

1. dr. Agoes Oerip, Sp.OG(K).,MARS
2. dr. Ninung RD Kusumawati, M.Si.,Sp.A(K)
3. drg. Sri Yuniarti Rahayu, Sp.KG
4. Sri Widayati, S.ST.,M.Kes
5. Eko Sadono, S.Kp

Tabel 3.7
Target dan Realisasi Akreditasi Rumah Sakit Tahun 2018

| NO | SASARAN | INDIKATOR KINERJA | SATUAN | RENCANA TINGKAT CAPAIAN | REALISASI | TINGKAT CAPAIAN | KET |
|-----|---|--|--------|---|--------------------------------------|---|-----|
| (1) | (2) | (3) | (4) | (5) | (6) | (7) | (8) |
| 1 | Terwujudnya RSHS sebagai pilihan utama masyarakat | Akreditasi rumah sakit oleh Komisi Akreditasi Rumah Sakit (KARS) dan <i>Joint Commission International</i> (JCI) | | Akreditasi KARS Paripurna Akreditasi JCI | Akreditasi KARS Paripurna Akredit | Akreditasi KARS Paripurna Akreditasi JCI | |

| | | | | | | | |
|--|--|--|-----------------------|--------------|--------------|--------------|--|
| | | | | | asi JCI | | |
| | | | Nilai Capaian: | Lulus | Lulus | Lulus | |

Kendala:

Dalam mempertahankan capaian akreditasi rumah sakit pada tahun 2018 ditemukan kendala-kendala sebagai berikut:

1. Sistematika penyusunan dokumen program, pedoman, panduan dan SPO belum tersusun rapih
2. Masih ditemukan dokumen terkait kebijakan, panduan, dan SPO yang sudah kedaluwarsa
3. Pelibatan unit kerja sebagai unit utama dalam melakukan perbaikan layanan sesuai standar akreditasi belum optimal
4. Kondisi sebagian gedung yang memerlukan perbaikan karena mengalami kerusakan, bocor dan berjamur
5. Kelengkapan pengisian rekam medik sesuai standar masih perlu ditingkatkan
6. Masih ditemukan penulisan singkatan dan simbol dalam rekam medik belum sesuai ketentuan
7. Masih ditemukan dokumen wajib staf medis dan keperawatan seperti STR, SIPP dan pelatihan *mandatory* yang sudah kedaluwarsa

Untuk menyelesaikan kendala-kendala di atas, telah dilakukan upaya-upaya antara lain:

1. *Individual Patient Tracer*

Telah dibentuk jadwal tim untuk melakukan telusur individu pasien (*individual patient tracer*) ke unit-unit pelayanan

2. *System Tracer*

Telah dibentuk tim *system tracer* untuk melakukan penelusuran sistem layanan di rumah sakit

3. *Facility Tour*

Telah dilakukan telusur fasilitas (*facility tour*) untuk memotret kondisi gedung, fasilitas dan sarana prasarana yang rusak dan melaporkan kepada pimpinan untuk dilakukan perbaikan

4. *Document Review*

Telah dilakukan kegiatan telusur dokumen (*document review*) untuk melihat kelengkapan dokumen standar yang harus dipenuhi

5. *Closed Medical Record Review*

Kegiatan CMRR secara berkala dilakukan dan hasilnya dilaporkan kepada pimpinan dan unit terkait

6. *Mock Interview*

Telah dilaksanakan simulasi wawancara sesuai dengan panduan dari *survei process guide* (SPG) standar akreditasi JCI edisi 6

Dokumentasi Kegiatan

**Gambar 3.1
KARS TAHUN KE 1
(4 s.d 5 Juni 2018)**





**Gambar 3.2
Mock Survey JCI Ke 1
(12 s.d 14 September 2018)**





Gambar 3.3
Mock Survey JCI Ke 2
(26 s.d 27 Desember 2018)





6) Tingkat Kepuasan Pasien

Perbandingan capaian kinerja tahun 2017 dan tahun 2018 serta terhadap jangka menengah tahun 2019 yaitu :

Tabel 3.8
Capaian Tingkat Kepuasan Pasien

| Realisasi Tingkat Kepuasan Pasien | Tahun 2017 | | Tahun 2018 | | Tahun 2019 |
|--------------------------------------|------------|-----------|------------|-----------|------------|
| | Target | Realisasi | Target | Realisasi | Target |
| | 75 | 73,84 | 80 | 78,66 | 82 |
| Capaian | | 98,6% | | 97,56% | |

Pengukuran IKM RSUP Dr. Hasan Sadikin Bandung tahun 2018 di targetkan 80, realisasi mencapai 78,66 atau sekitar 98,32%, bila dibandingkan dengan capaian tahun 2017 sebesar 73,84 naik sebesar 4,82. Progres capaian kinerja tahun 2018 terhadap target jangka menengah tahun 2019 terpenuhi sebesar 97,56%. Pengukuran Indeks Kepuasan Masyarakat (IKM) di RSUP Dr. Hasan Sadikin Bandung dilaksanakan sebanyak 2 kali yaitu pada Semester 1 dan 2 Tahun 2018. Jumlah responden sebanyak 1.324 pasien/keluarga pasien. Pengukuran Indeks Kepuasan Masyarakat (IKM) berkala yang dilakukan setiap tahun di RSUP Dr. Hasan Sadikin memiliki trend nilai yang hampir sama yaitu 78 dengan kriteria baik. Nilai yang diperoleh dari hasil survey belum memenuhi target yang telah ditetapkan yaitu sebesar 80 dikarenakan masih banyak

ditemukan kelemahan sehingga belum dapat memenuhi kualitas yang diharapkan. Hal ini ditandai dengan masih adanya keluhan masyarakat terhadap RSUP Dr. Hasan Sadikin Bandung.

Survey Indeks Kepuasan Masyarakat (IKM) merupakan salah satu alat ukur untuk mengukur keberhasilan RSUP Dr. Hasan Sadikin Bandung dalam upaya meningkatkan kualitas pelayanan publik. Penilaian IKM dilakukan secara periodik agar setiap perbaikan dan pembenahan terhadap pelayanan yang diberikan dapat terukur dan optimal pelaksanaanya di lapangan. Permasalahan-permasalahan yang sering terjadi merupakan salah satu indikasi bahwa pelayanan harus diperbaiki. Saran-saran yang masuk dari responden sebaiknya ditindaklanjuti oleh unit-unit terkait sehingga ada peningkatan mutu pelayanan setiap tahunnya sesuai dengan tujuan dari survey IKM yaitu sebagai acuan penerapan langkah-langkah guna mengetahui tingkat kinerja pelayanan rumah sakit secara berkala sebagai bahan untuk menetapkan kebijakan dalam rangka peningkatan kualitas pelayanan publik selanjutnya.

Data dan informasi tentang tingkat kepuasan masyarakat yang diperoleh dari hasil pengukuran secara kuantitatif atas pendapat masyarakat dalam memperoleh pelayanan dari aparatur penyelenggara pelayanan publik. Survei IKM merupakan tolok ukur untuk menilai tingkat kualitas pelayanan yang diberikan oleh Unit Pelayanan publik. Survey ini dilakukan sebagai upaya untuk meningkatkan kualitas pelayanan publik dan mengetahui kinerja pelayanan aparatur pemerintah kepada masyarakat. Survey yang dilakukan mengacu pada peraturan Menteri Pendayagunaan Aparatur Negara (Men.Pan) tentang pelayanan publik yang pada bulan Februari Tahun 2004 telah mengeluarkan Keputusan Menpan No. Kep/25/M.PAN/2/2004 tentang Pedoman Umum Penyusunan Indeks Kepuasan Masyarakat (IKM) Unit Pelayanan Instansi Pemerintah dan Permenpan dan RB Nomor 16 Tahun 2014 meliputi unsur-unsur:

1. Prosedur Pelayanan
2. Persyaratan Pelayanan
3. Kejelasan Petugas Pelayanan
4. Kedisiplinan Petugas Pelayanan
5. Tanggungjawab Petugas pelayanan
6. Kemampuan Petugas Pelayanan
7. Kecepatan Pelayanan
8. Keadilan Mendapatkan Pelayanan

9. Kesopanan & Keramahan Petugas
10. Kewajaran Biaya Pelayanan
11. Kepastian Biaya Pelayanan
12. Kepastian Jadwal Pelayanan
13. Kenyamanan Lingkungan
14. Keamanan Pelayanan

Gambar 3.4
Kegiatan Pengambilan Sample Survey IKM



TABEL 3.9**REKAPITULASI HASIL NILAI IKM TAHUN 2018**

| NO | LOKASI | TAHUN 2018 | | Prioritas pemberian |
|----|-------------------------|--------------|--------------|----------------------------------|
| | | SEM I | SEM II | |
| 1 | Perawatan Bedah | 77,41 | 78,52 | Kecepatan pelayanan |
| 2 | Perawatan Medikal | 78,93 | 78,57 | Prosedur pelayanan |
| 3 | Perawatan Anak | 79,21 | 78,73 | Prosedur pelayanan |
| 4 | Perawatan Obgyn | 77,14 | 79,52 | Prosedur pelayanan |
| 5 | Perawatan Khusus | | | |
| | A. High | 79,12 | 79,01 | Kecepatan pelayanan |
| | B. Intensif | 80,16 | 79,84 | Prosedur pelayanan |
| | C. Parahyangan | 80,00 | 78,57 | Kecepatan pelayanan |
| 7 | Instalasi Rawat Jalan | 78,66 | 74,44 | Prosedur dan kecepatan pelayanan |
| 8 | Instalasi Gawat Darurat | 77,84 | 78,30 | Kecepatan pelayanan |
| | Total persemester | 786,87 | 786,55 | |
| | Rata-rata persemester | 78,69 | 78,66 | |

Tindak lanjut dari IKM Semester 1 tahun 2018 di unit pelayanan adalah :

- Instalasi Rawat Jalan

Tabel 3.10**Tindak Lanjut IKM Instalasi Rawat Jalan**

| No | Permasalahan dari masyarakat | Identifikasi Masalah | Unit Terkait | Rencana Tindak Lanjut |
|----|--|----------------------|--------------------|--|
| 1 | Stok obat minta ditambah di RSHS (dalam Kardio) | Persediaan obat | Apotek Rawat Jalan | 1.Berkoordinasi dengan bagian Apotek Rawat Jalan, klarifikasi yang diberikan oleh apotek adalah sebagai berikut : stok obat akan terpenuhi sesuai dengan penerimaan barang dari vendor |

| | | | | | |
|---|--|---------------------------------------|-----------------|--|--|
| | | | | | 2. Saat ini apotek rawat jalan akan memenuhi obat untk pasien rawat jalan sesuai dengan paket inacbg rawat jalan dalam 7 hari, apabila obat kronis 23 hari tidak tersedia pasien akan di arahkan ke apotek luar yang memiliki obat kronis yang bekerjasama dengan bpjs kesehatan |
| 2 | Buat transfusi dan jarum tidak nyaman untuk bulan ini jelek jadi kasian ke pasien (Klinik Hematologi) | Penyediaan jarum suntik dan transfusi | | | <p>1. Berkoordinasi dengan instalasi farmasi dan perawat IRJ</p> <p>2. Stok jarum dan transfusi yang disediakan, sesuai dengan penerimaan vendor.</p> |
| 3 | Nomor urut dengan nomor medrek beda sehingga saat didepo ambil obat beda nama (syaraf Umum) | Pelayanan penyediaan obat | | | <p>3. Berkoordinasi dengan pihak pasien untuk membuat surat pernyataan dan komplain ketidaknyamanan untuk di teruskan pada pihak pengadaan.</p> <p>4. Berkoordinasi dengan apotek rawat jalan dan perawat</p> <p>5. Memastikan bahwa proses identifikasi resep di klinik berjalan dengan tepat</p> |
| 4 | Status pasien lama jadi belum bisa diperiksa nunggu diantar petugas (Dalam Kardio) | status rekam medis terlambat | Rekam Medis IRJ | | <p>1. Berkoordinasi dengan bagian RM IRJ</p> <p>2. Penambahan jumlah tenaga penyimpanan dan distribusi RM IRJ</p> <p>3. Memastikan petugas mematuhi SPO pendistribusian dan pengembalian RM</p> |
| 5 | Pendaftaran | Waktu | | | 1. Berkoordinasi dengan bagian |

| | | | | |
|---|---|--------------------------------------|-------------------------------|--|
| | terlalu lama minta untuk diperbaiki (Dalam Kardio) | pendaftaran rawat jalan yang lama | | RM IRJ. 2. Memastikan kepada petugas pendaftaran untuk meningkatkan kecepatan pelayanan. 3. Meningkatkan promosi pendaftaran IRJ melalui reservasi online yang dibantu oleh Petugas administrasi umum |
| 6 | Ruangan kurang tinggi bangunannya untuk rumah sakit (Dalam Kardio) | Lingkungan | Sarana dan Prasarana IRJ | 1. Berkoordinasi dengan kasub sarana dan prasarana IRJ 2. Memastikan ventilasi udara baik |
| 7 | Penambahan sarana penunjang misalnya kursi tunggu (klinik Teratai) | ketersediaaan sarana | | 1. Berkoordinasi dengan koordinator klinik teratai 2. Memastikan kembali surat pengajuan sarana sudah dalam tahap proses atau belum 3. Melakukan proses pengajuan ulang sarana kursi tunggu |
| 8 | untuk konsul lewat telp susah dihubungi ga ada yang mengangkat petugas padahal jam kerja, misalnya pasien darurat atau diluar kota mau tanya hasil lab(klinik teratai) | Respon terhadap konsultasi pelayanan | koordinator pelayanan Teratai | 1. Melakukan informasi kembali kepada pasien terkait telp fleksi internal sudah tidak digunakan lagi, saat ini menggunakan telp- internal RSHS dengan ext 5066, dan no telp dokter dan perawat saat ini sudah tertulis di papan informasi yang dapat diakses 1x24 jam bila ada kegawatdaruratan. |

| | | | | |
|----|---|------------------------|--------------------|--|
| 9 | Perlu ditata ulang dari mulai pendaftaran tempatnya pusing (jalur) kurang efisien (klinik Teratai) | Penataan alur pasien | | 1. Mengusulkan untuk melakukan revisi alur pelayanan klinik teratai yang saat ini melalui proses triase sesuai masukan JCI |
| | | | | 2. Berkoordinasi dengan SIRS untuk dapat disediakan mesin antrian seperti di gedung OPD anggrek |
| 10 | Untuk pelayanan menggunakan BPJS prosesnya ribet dan belum tentu di ACC, ketentuan untuk membayar tiap bulannya pun selalu tepat.(klinik teratai) | Pelayanan peserta BPJS | | 1. ikut membantu memberikan sosialisasi terkait kebijakan BPJS yang di terapkan di RS, karena pada prinsipnya teratai akan memberikan pelayanan yang baik untuk pasien |
| 11 | Dokter kurang ramah jadi kalau konsul suka ga nyaman dan ga jelas (Klinik Hematologi) | Sumber daya Manusia | IRJ, SDM dan SMF | 1. Pembekalan tentang komunikasi efektif bagi dokter residen dan dokter trainee |
| 12 | Laboratorium kalau pakai | Pelayanan Patologi | Instalasi Patologi | 1. Berkoordinasi dengan bagian patologi klinik |

| | | | | |
|----|---|----------------------------|--------|--|
| | BPJS dua hari selesai, pasien harus cepat untuk konsul ke dokter jadi suka laboratorium di luar tapi bayar, berat keluarga pasien bayarnya lumayan tapi cepat hasilnya (Klinik Hematologi) | Klinik | klinik | 2. Memastikan pelayanan pemeriksaan di penunjang bisa diselesaikan dengan waktu yang cepat |
| 13 | Petugas informasi minta datang lebih cepat karena pasien bingung mau tanya kepada siapa (Dalam Kardio) | Pelayanan customer service | Humas | 1. Berkoordinasi dengan humas 2. Memastikan petugas customer service untuk dapat hadir pada pukul 07.00 |

2. Lembar Kerja PDSA Instalasi Rawat Inap

Tabel 3.11
PDSA IKM Instalasi Rawat Inap

| LEMBAR KERJA PDSA | | |
|--|------------------------------------|---------------------|
| TOPIK: Prosedur pelayanan, Tanggung jawab petugas, kemampuan petugas, dan | BULAN: Januari-Juni 2018 | SIKLUS: Ke 1 |

| | | |
|-------------------------------------|--|--|
| kenyamanan lingkungan. | | |
| UNIT KERJA: Instalasi Rawat Inap | PEN. JAWAB TIM: Kepala Instalasi Rawat Inap | ANGGOTA TIM: 1. Waka. Inst. Rawat Inap 2. Ka Sub Instalasi Rawat Inap 3. Tim Mutu Rawat Inap 4. PIC IKM IRI |

Instalasi rawat inap pada semester 1 tahun 2018 mendapatkan angka rata-rata 78,362 % dari cakupan ranap bedah, Medikal, Anak, Obgin dan High Care Unit. Berdasarkan hasil survey IKM semester 1 tahun 2018 didapatkan beberapa permasalahan yang menjadi keluhan pelanggan di unit rawat inap. Beberapa permasalahan tersebut adalah: prosedur pelayanan (informasi alur mendapatkan ruangan, keterlibatan siswa dalam pelayanan), Kecepatan pelayanan (tanggung jawab petugas dan kemampuan petugas), dan kenyamanan di lingkungan unit pelayanan (kebersihan ruangan, fasilitas umum kamar mandi, kemudahan akses, .

Pelayanan rawat inap belum memenuhi kepuasan pelanggan, meliputi :

1. prosedur pelayanan ; Di Ruang kana, kemuning 3, kemuning 4 dan HCU kemuning menunggu jadwal operasi lama
2. tanggung jawab petugas ; Di ruang kana infus pasien habis dan darah sudah mengalir tapi tidak cepat di tanggapi, Di ruang fresia 2, pasien tidak puas dengan pelayanan mahasiswa
3. kemampuan petugas; Kemampuan perawat dan mahasiswa dalam memberikan pelayanan terhadap pasien kurang memuaskan
4. kenyamanan di lingkungan unit pelayanan;
Kebersihan di ruang alamanda dan kenanga 1 kurang maksimal
Di ruang tunggu MIC minta di fasilitasi Toilet untuk keluaraga pasien

Berdasarkan analisis penyebab masalah :

1. Prosedur pelayanan
 - Kondisi pasien yang tidak memungkinkan untuk operasi
 - Kamar operasi terbatas
 - Jumlah pasien yang mau operasi banyak

-
2. tanggung jawab petugas
 - beban kerja yang tinggi
 - Kurangnya kemampuan mahasiswa dalam memberikan asuhan terhadap pasien
 - Supervisi terhadap mahasiswa belum sepenuhnya sesuai dengan level kompetensi siswa
 3. Kemampuan petugas;
 - Managemen waktu kurang baik
 - Kurangnya kemampuan mahasiswa dalam memberikan asuhan terhadap pasien
 - Kurangnya supervisi terhadap tindakan yang dilakukan oleh mahasiswa
 4. Kenyamanan di lingkungan unit pelayanan
 - Petugas kebersihan kurang optimal dalam memelihara lingkungan
 - Kurangnya sarana toilet

Tujuan Perbaikan

1. Prosedur pelayanan

Menunggu jadwal operasi tidak terlalu lama

2. Tanggung jawab petugas

Semua petugas memberikan respon yang cepat bila ada keluhan dari pasien

Supervisi terhadap mahasiswa meningkat sesuai dengan level kompetensi siswa

3. Kemampuan petugas

- Evaluasi kompetensi dan Managemen waktu

- Meningkatkan pengetahuan dan kemampuan komunikasi staf

4. Kenyamanan di lingkungan unit pelayanan

Meningkatkan sarana dan prasarana umum untuk memenuhi kebutuhan pasien

Rencana Solusi/Kegiatan Perbaikan Yang Akan Dilakukan Untuk Menyelesaikan Masalah

1. Prosedur pelayanan

Tabel 3.12
Prosedur Pelayanan Instalasi Rawat Inap

| No | Rencana Kegiatan | Rencana Waktu Pelaksanaan | | | | | | Penanggung Jawab | |
|----|--|---------------------------|---|---|---|---|---|------------------|--|
| | | BULAN | | | | | | | |
| | | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | | |
| 1 | Koordinasi dengan ruangan yang terkait jadwal operasi yang lama | | | | | | | | |
| | a Optimalisasi Program Fasttract . koordinasi dengan bidang medik | | | | | | | Ka. IRI | |
| | b Perubahan kamus indikator WTE | | | | | | | PIC WTE / Ka IRI | |
| | c Identifikasi penyebab internal dan . eksternal sehingga WTE memanjang | | | | | | | PIC WTE | |
| | d Koordinasi dengan KSM dan Bagian . lain terkait kendala eksternal | | | | | | | Ka IRI | |
| | e Edukasi dan kontrol agar informasi . terkait kendala internal dapat tersampaikan dengan baik kepada pasien/keluarga (Monev Edukasi PPA) | | | | | | | PIC IKM | |
| | f Koordinasi dengan KSM untuk . monitoring persiapan H-1 /H-2 operasi | | | | | | | PIC WTE | |

2. Tanggung jawab petugas

Tabel 3.13
Rencana Kegiatan Instalasi Rawat Inap

| No | Rencana Kegiatan | Rencana Waktu Pelaksanaan | | | | | | Penanggung Jawab | |
|----|---|---------------------------|---|---|---|---|---|------------------|--|
| | | Bulan | | | | | | | |
| | | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | | |
| 1 | Kepala ruangan meningkatkan supervise terhadap semua staf | | | | | | | Kasub Instalasi | |

| | | | | | | | | |
|----|--|--|--|--|--|--|--|-------------------------|
| | terutama dalam hal komunikasi terapeutik | | | | | | | Kenanga |
| 2 | Sosialisasi pentingnya komunikasi terapeutik pada setiap operan shift | | | | | | | Kasub Instalasi Kenanga |
| 3. | Menjadikan komunikasi terapeutik pada pasien sebagai indeks kinerja individu | | | | | | | Kasub Instalasi Kenanga |
| 4. | Peningkatan supervisi mahasiswa sesuai dengan level kompetensinya | | | | | | | PIC Kemahasiswaan |

3. kemampuan petugas;

**Tabel 3.14
Kemampuan Petugas Instalasi Rawat Inap**

| No | Rencana Kegiatan | Rencana Waktu Pelaksanaan | | | | | | Penanggung Jawab |
|-----------|---|----------------------------------|----------|----------|----------|----------|----------|--------------------------|
| | | Bulan | | | | | | |
| | | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | |
| 1 | Koordinasi dengan KSM untuk meningkatkan monev terkait edukasi dr terhadap pasien | | | | | | | Kasub Instalasi Kemuning |
| 2 | Pemantauan kegiatan preceptorship staf baik pada mahasiswa ataupun pada PK dibawahnya | | | | | | | Ka Instalasi Rawat Inap |

4. Kenyamanan di lingkungan ruang pearawatan

**Tabel 3.15
Kenyamanan di Lingkungan Instalasi Rawat Inap**

| No | Rencana Kegiatan | Rencana Waktu Pelaksanaan | | | | | | Penanggung Jawab | |
|-----------|---|----------------------------------|----------|----------|----------|----------|----------|-------------------------|--|
| | | Bulan | | | | | | | |
| | | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | | |
| 1 | Koordinasi dengan IPSRS dan kesling untuk kajian kamar mandi di MIC | | | | | | | Kasub Instalasi Fresia | |
| 2 | Koordinasi dengan kesling terhadap evaluasi kebersihan sarana | | | | | | | Ka Instalasi Rawat Inap | |

5. Kemampuan petugas

Tabel 3.16
Kemampuan Petugas Instalasi Rawat Inap

| No | Rencana Kegiatan | Rencana Waktu Pelaksanaan | | | | | Penanggung Jawab |
|----|--|---------------------------|---|---|---|---|---|
| | | M | A | M | J | J | |
| 1 | Sistem Rujukan belum baik | | | | | | |
| | a Koordinasi dengan tim internal Obgyn yang menangani sistem rujukan | | | | | | Ka. Sub Instalasi rawat inap alamanda (IRJ) |
| | b Perbaikan alur penerimaan pasien dan sistem rujukan | | | | | | Ka. Sub Instalasi rawat inap alamanda (IRJ) |
| | c Melakukan monitoring dan evaluasi ketepatan sistem rujukan | | | | | | Ka. Sub Instalasi rawat inap alamanda (IRJ) |
| | d Memberikan <i>feedback</i> ketepatan sistem rujukan | | | | | | Ka. Sub Instalasi rawat inap alamanda (IRJ) |

6. Pelaksanaan/implementasi perbaikan IRI

Tabel 3.17
Pelaksanaan/Implementasi Perbaikan.

| No | Pelaksanaan/ Implementasi Kegiatan (Sesuai Rencana Solusi pada Plan) | Waktu Pelaksanaan | Penanggung Jawab | Kendala |
|----|---|-------------------|-------------------------------|---------|
| 1. | Rapat dengan bidang medik dan KSM tentang WTE dan Fast tract | 2019 | Kepala sub instalasi kemuning | |
| .2 | Rapat kepala ruangan untuk meningkatkan supervisi terhadap staf | 2019 | Kasub Instalasi Kenanga | |

| | | | | |
|----|---|------|--------------------------|---|
| | terutama ttg pelaksanaan komunikasi terapeutik | | | |
| 4. | Membuat surat mengenai hasil capaian IKM dari IRI untuk di tidak lanjut oleh SMF terkait edukasi dr terhadap pasien | 2019 | Kasub Instalasi Kenanga | . |
| 5 | Koordinasi dengan kepala ruangan untuk menindaklanjuti setiap surat pengajuan dan perbaikan sarana | 2019 | Kasub Instalasi Alamanda | |

Rencana Kegiatan WTE

| No. | Rencana Kegiatan | Rencana Waktu Pelaksanaan | | | | Penanggung Jawab | |
|-----|--|---------------------------|---|---|---|-----------------------------|--|
| | | Bulan | | | | | |
| | | 1 | 2 | 3 | 4 | | |
| 1. | Monitoring angka WTE | | | | | Kepala instalasi rawat inap | |
| 2. | Monitoring preceptorship pada staf perawat | | | | | Ka Sub Instalasi Kemuning | |
| 3. | Koordinasi terkait pemantauan kebersihan lingkungan dengan kesling | | | | | Ka Instalasi Rawat Inap | |
| 4. | Koordinasi dengan IPSRS tentang kajian penyediaan sarana umum kamar mandi di MIC | | | | | Ka Instalasi rawat Inap | |
| 5. | Monitoring pemenuhan kebutuhan edukasi oleh residen | | | | | Ka Instalasi Rawat Inap | |
| | | | | | | | |

7) Tingkat Kepuasan Peserta Didik

Perbandingan capaian kinerja tahun 2017 dan tahun 2018 serta terhadap jangka menengah tahun 2019 yaitu :

Tabel 3.18
Capaian Tingkat Kepuasan Peserta Didik

| Realisasi Tingkat Kepuasan Peserta Didik | Tahun 2017 | | Tahun 2018 | | Tahun 2019 |
|--|------------|-----------|------------|-----------|------------|
| | Target | Realisasi | Target | Realisasi | Target |
| | 78 | 79,6 | 78 | 80,32 | 80 |
| Capaian | | 102,97% | | 100,39% | |

Indeks Kepuasan Peserta didik tahun 2018 di targetkan 80, realisasi mencapai 80,32 atau sekitar 100,39%, bila dibandingkan dengan capaian tahun 2017 sebesar 79,6 naik sebesar 0,72. Progres capaian kinerja tahun 2018 terhadap target jangka menengah tahun 2019 terpenuhi sebesar 100,39%.

Indeks kepuasan peserta didik merupakan salah satu Indikator Mutu Rumah Sakit dengan target nilai pada tahun 2018 yaitu 80. Indeks kepuasan peserta didik merupakan pernyataan tentang persepsi peserta didik (yaitu peserta PKL Keperawatan dan Kebidanan, serta PKL Non Keperawatan) terhadap pelayanan bidang pendidikan dan pelatihan yang diberikan oleh RS dengan mengacu pada instrument pengukuran indeks kepuasan peserta didik yang berisi kepuasan terhadap materi, pendidik, serta sarana pendidikan.

Tujuan dari kegiatan ini supaya pendidikan dapat dilaksanakan sesuai dengan harapan peserta didik. Realisasi tingkat kepuasan peserta didik tahun 2018 yang dimulai dari proses penerimaan, pelaksanaan proses pendidikan dan ketersediaan sarana-prasarana, secara umum belum mencapai target.

A. Peserta PKL Keperawatan & Kebidanan

Nilai rata-rata pada penilaian kepuasan peserta didik PKL Keperawatan dan Kebidanan adalah 80,12 artinya nilai tersebut telah masuk dalam standar yang ditetapkan (80). Namun demikian, dari hasil kajian terlihat bahwa rentang nilai yang

diberikan oleh peserta didik sangat jauh. Seorang peserta dapat memberikan nilai 95 ataupun 100 namun ada peserta didik lainnya memberi nilai terendah 20.

Pada pelaksanaan penerimaan PKL/orientasi, dari 112 orang peserta didik yang disurvei 78 peserta (70%) menyatakan puas terhadap proses penerimaan PKL/orientasi, akan tetapi 34 orang (30%) menyatakan tidak puas dengan nilai terendah 20. Dalam analisis ketidakpuasan tersebut dalam hal:

1. Penyampaian materi yang jelas
2. Kesesuaian waktu
3. Kebersihan toilet

Tentang pelaksanaan PKL dari 112 orang peserta didik yang disurvei 78 orang (70%) menyatakan puas terhadap proses pelaksanaan PKL, akan tetapi 34 orang (30%) menyatakan tidak puas dengan nilai terendah 45. Dalam analisis ketidakpuasan tersebut dalam hal:

1. Koordinasi antara peserta didik dengan CI saat praktek klinik.
2. Pembimbingan asuhan keperawatan/kebidanan yang jelas.
3. Pelaksanaan pendidikan kesehatan yang sesuai kompetensi.
4. Bimbingan seminar kasus yang baik.

Sedangkan, ketersediaan sarana prasarana dalam pelaksanaan PKL dari 112 orang peserta didik yang disurvei, 35 orang (31,3%) menyatakan tidak puas terhadap sarana prasana yang saat ini diberikan, dengan nilai terendah 20. Dalam analisis ketidakpuasan tersebut dalam hal:

1. Penyediaan alat belajar yang memadai
2. Penyediaan alat kesehatan yang memadai
3. Sikap dan keramahan petugas dan pembimbing lapangan

Hasil analisis kepuasan peserta didik masih terdapat masalah, antara lain:

1. Kurangnya penyampaian materi (komunikasi dengan baik, secara verbal dan non verbal, misal: penyampaian instruksi kadang tidak jelas dan sulit dimengerti, sikap/keramahan pembimbing/*Clinical Instructur*).
2. Sarana prasarana pendidikan/pelayanan masih kurang memadai (ketersediaan alat kesehatan, kamar mandi, mushola, ruang jaga).
3. Kesesuaian waktu/jadwal yang masih belum tepat.

Rencana Tindak Lanjut

1. Pelaporan kuesioner Peserta Didik PKL (Keperawatan/Kebidanan/Non Medis), PPDS-1 dan PSDP dilakukan (1 bulan sekali untuk Peserta Didik PKL

(Keperawatan/Kebidanan/Non Medis) dan 2 kali dalam 12 bulan untuk PPDS-1 dan PSDP)

2. Penyusunan Anggaran Biaya untuk Sarana Prasarana Pendidikan dan Pelatihan.

B. Peserta PKL Non Keperawatan

Nilai rata-rata pada penilaian kepuasan peserta didik PKL Non Keperawatan adalah 80,51 artinya nilai tersebut telah masuk dalam standar yang ditetapkan (80). Namun demikian, dari hasil kajian terlihat bahwa rentang nilai yang diberikan oleh peserta didik sangat jauh. Seorang peserta dapat memberikan nilai 95 ataupun 100 namun ada peserta didik lainnya memberi nilai terendah 20.

Pada pelaksanaan penerimaan PKL/orientasi, dari 78 orang peserta didik yang disurvei 52 peserta (66,7%) menyatakan puas terhadap proses penerimaan PKL/orientasi, akan tetapi 26 orang (33,3%) menyatakan tidak puas dengan nilai terendah 20. Dalam analisis ketidakpuasan tersebut dalam hal:

1. Penyampaian materi yang jelas
2. Kesesuaian waktu
3. Ruangan yang bersih dan nyaman
4. Kebersihan toilet

Tentang pelaksanaan PKL dari 78 orang peserta didik yang disurvei 62 orang (79,5%) menyatakan puas terhadap proses pelaksanaan PKL, akan tetapi 16 orang (20,5%) menyatakan tidak puas dengan nilai terendah 30. Dalam analisis ketidakpuasan tersebut dalam hal:

1. Koordinasi antara peserta didik dengan pembimbing lapangan saat praktek.
2. Pembimbingan pembuatan tugas sesuai kompetensi yang jelas
3. Pelaksanaan pendidikan kesehatan yang sesuai kompetensi
4. Bimbingan praktek yang baik

Sedangkan, ketersediaan sarana prasarana dalam pelaksanaan PKL dari 78 orang peserta didik yang disurvei, 14 orang (17,9%) menyatakan tidak puas terhadap sarana prasana yang saat ini diberikan, dengan nilai terendah 30. Dalam analisis ketidakpuasan tersebut dalam hal:

1. Penyediaan alat belajar yang memadai
2. Penyediaan alat kesehatan yang memadai
3. Sikap dan keramahan petugas dan pembimbing lapangan

8) Persentase Keberhasilan penanganan Kasus Severity Level 2 dan 3

Perbandingan capaian kinerja tahun 2017 dan tahun 2018 serta terhadap jangka menengah tahun 2019 yaitu :

Tabel 3.19

Persentase Keberhasilan Penanganan Kasus Severity Level 2 dan 3

| Realisasi NDR Rumah Sakit | Tahun 2017 | | Tahun 2018 | | Tahun 2019 |
|------------------------------|------------|-----------|------------|-----------|------------|
| | Target | Realisasi | Target | Realisasi | Target |
| | 90% | 90,12% | 90% | 89,39% | 94% |
| Capaian | | 99,32% | | 95,09% | |

Capaian persentase keberhasilan kasus dengan *severity level 2* dan *3* di tahun 2018 mencapai 89,39%, Pada tahun 2018 ditargetkan indikator ini sebesar 90%. Persentase keberhasilan penanganan kasus severity level 2 dan 3 pada layanan unggulan adalah keberhasilan penanganan kasus severity level 2 dan 3 yang pulang hidup dengan perbaikan atau sembuh dalam satu periode per seluruh kasus severity level 2 dan 3 dalam satu periode yang sama x 100%.

Pada 2018 ini, beberapa kegiatan yang telah dilakukan untuk mengembangkan pelayanan unggulan. Selain itu pengadaan peralatan kesehatan yang menunjang pelayanan bedah di Instalasi Bedah Sentral, ventilator dan *central monitor* di Ruang Isolasi Infeksi Khusus Kemuning dan operasional Ruang Hemodialisa yang baru..

Hasil coding entry grouping denga severity level 2 dan 3 juga dipengaruhi oleh kualitas kelengkapan rekam Medis, sehingga melalui kegiatan sosialisasi pengisian rekam medis kepada seluruh KSM, simulasi coding yang dilakukan oleh setiap KSM, serta kegiatan *Closed Medical Record Review* yang melibatkan seluruh panitia rekam medis yang anggotanya adalah perwakilan dari seluruh KSM dan PPA secara rutin setiap bulan dengan pengambilan sampel rekam medis proporsional dengan jumlah pasien keluar rawat inap per KSM per bulan. Hasilnya dilakukan validasi dan analisis yang kemudian dilakukan *feedback* kepada seluruh KSM dan unit terkait untuk ditindaklanjuti.

Seperti yang sudah dijelaskan sebelumnya, bahwa upaya untuk meningkatkan kelengkapan penulisan rekam medis khususnya yang mempengaruhi hasil severity

level yaitu diagnosa dan tindakan sesuai dengan seluruh diagnosa dan tindakan yang diterima pasien selama perawatan di RSHS, diantaranya dengan:

1. Verifikasi Harian DPJP yang didokumentasikan di formulir Catatan Perkembangan terintegrasi, dimana DPJP utama harus mereview seluruh catatan pelayanan yang dilakukan oleh DPJP dan profesional pemberi asuhan lainnya setiap hari. Tools ini dimasukan dalam salah satu tools CMRR.
2. Meningkatkan peran Kepala Ruangan, verifikator internal, coder, dan petugas pengadministrasian umum ruangan dalam kelengkapan rekam medis

9) NDR Rumah Sakit

Perbandingan capaian kinerja tahun 2017 dan tahun 2018 serta terhadap jangka menengah tahun 2019 yaitu :

Tabel 3.20

Capaian NDR Rumah Sakit

| Realisasi NDR Rumah Sakit | Tahun 2017 | | Tahun 2018 | | Tahun 2019 |
|------------------------------|------------|-----------|------------|-----------|------------|
| | Target | Realisasi | Target | Realisasi | Target |
| | 45‰ | 46,10‰ | 43‰ | 48,96‰ | 41 ‰ |
| Capaian | | 87,83% | | 83,74% | |

Angka NDR RSHS pada Tahun 2018 mencapai 48,96‰. Masih belum mencapai target tahun 2018 yang ditetapkan yaitu 43‰.

Capaian NDR yang mencapai 48.96 % diakibatkan oleh :

- Penerapan *Early Warning Score* yang belum optimal.
- Koordinasi antar unit terkait yang belum optimal
- Stagnasi pasien dengan *ventilator dependent* di ICU mengakibatkan berkurangnya jumlah pasien lain yang perlu mendapat pelayanan intensif.
- Pasien yang dirawat di RSHS merupakan pasien dengan diagnosis kompleks dan berat secara klinis
- Terbatasnya kapasitas tempat tidur di ICU di RSHS belum mencapai 10 % dari keseluruhan tempat tidur di RSHS
- Diagnosis dengan jumlah kematian tertinggi di tahun 2018 adalah *Respiratory Failure*, diikuti oleh pneumonia, septicaemia, serta palliative care. Ruangan dengan

angka kematian tertinggi adalah di Unit Luka Bakar, merupakan perawatan dengan populasi pasien luka bakar yang memiliki imunitas rendah.

- 94% pasien yang ditangani oleh Tim Code Blue adalah pasien dengan irama jantung *asystole/PEA* yang menurut berbagai penelitian memiliki hasil luaran yang tidak optimal, atau kemungkinan *Return of Spontaneous Circulation* kecil.

Upaya perbaikan melingkupi :

- Optimalisasi penerapan EWS dengan sosialisasi EWS dan monitoring serta evaluasi kepatuhannya
- Analisis khususnya dari aspek medis kasus-kasus dengan kematian melalui audit medik terus ditingkatkan.
- Pengadaan unit ventilator untuk meningkatkan pelayanan pasien kritis di IGD dan Ruang Isolasi Infeksi Khusus Kemuning.
- Perbaikan dan pengadaan suku cadang 8 unit ventilator di Instalasi Rawat Intensif.
- Berkoordinasi dengan Pemerintah Daerah setempat tempat dimana pasien *ventilator-dependent* yang berada di ICU berasal, untuk membantu melengkapi sarana yang dibutuhkan oleh pasien tersebut dalam hal perawatan homecare di rumah
- Pengkajian pembentukan unit reaksi cepat untuk mempercepat penanganan pasien kritis sehingga meminimalisir kemungkinan adanya perburukan kondisi klinis yang dapat mengakibatkan kematian.
- Bersama dengan Komite PPI RS melakukan kajian serta monitoring dan evaluasi untuk menekan angka infeksi nosokomial yang dapat menginfeksi pasien yang termasuk pada populasi pasien *immunocompromised*
- Melakukan kajian identifikasi terhadap jumlah pasien *Do Not Resuscitate/ Allow Natural Death* di setiap ruangan dan pengaruhnya terhadap capaian NDR di RSHS.

10) % Kasus rujukan yang tepat

Perbandingan capaian kinerja tahun 2017 dan tahun 2018 serta terhadap jangka menengah tahun 2019 yaitu :

Tabel 3.21**Capaian Persentase Kasus Rujukan Yang Tepat**

| Realisasi % kasus rujukan yang tepat | Tahun 2017 | | Tahun 2018 | | Tahun 2019 |
|--------------------------------------|------------|-----------|------------|-----------|------------|
| | Target | Realisasi | Target | Realisasi | Target |
| | 55% | 50% | 60% | 52,39 | 66% |
| Capaian | | | 87,32% | | 79,38% |

Persentase kasus rujukan yang tepat adalah banyaknya kasus yang dirujuk dengan kasus Severity level II dan III dibagi dengan jumlah seluruh pasien rawat inap. Pada tahun 2018, terdapat jumlah pasien dengan level severity II dan III sejumlah 16.298, sedangkan jumlah seluruh pasien level severity I,II dan III adalah 31.110, maka Capaian persentase kasus rujukan yang tepat di tahun 2018 sebesar 52.39%. Target tahun 2018 yaitu 60%.

Capaian ini belum mencapai target yang ditetapkan untuk tahun 2018. Walaupun demikian capaian tahun 2018 lebih baik dibanding dengan tahun 2017 yaitu sebesar 50%. Hal ini diakibatkan oleh adanya penataan rujukan berjenjang bagi peserta JKN, pada 2018 telah diberlakukan *rujukan online* pelayanan rawat jalan.

Oleh karena itu upaya perbaikan untuk terus meningkatkan capaian ketepatan kasus rujukan yang tepat adalah upaya pembinaan ke RS jejaring serta penataan rujukan masih terus ditingkatkan termasuk rujukan balik, diantaranya melalui webinar dan media lainnya.

Kualitas dan kelengkapan berkas rekam medik juga ditingkatkan melalui program sosialisasi pengisian rekam medik ke masing-masing KSM dan verifikasi rekam medik sehingga diharapkan ketepatan penentuan severity level terus meningkat.

11) Jumlah KSO alat medik > Rp.3 M

Perbandingan capaian kinerja tahun 2017 dan tahun 2018 serta terhadap jangka menengah tahun 2019 yaitu :

Tabel 3.22**Capaian Jumlah KSO alat medik > Rp. 3 M**

| Realisasi Jumlah KSO alat medik > Rp. 3 M | Tahun 2017 | | Tahun 2018 | | Tahun 2019 |
|--|------------|-----------|------------|-----------|------------|
| | Target | Realisasi | Target | Realisasi | Target |
| | 5 KSO | 6 KSO | 5 KSO | 6 KSO | 5 KSO |
| Capaian | | 120% | | 100% | |

Jumlah KSO alat medik > Rp. 3 M tahun 2018 di targetkan 6 KSO, realisasi mencapai 6 KSO atau sekitar 120%, nilainya sama jika dibandingkan dengan capaian tahun 2017. Progres capaian kinerja tahun 2018 terhadap target jangka menengah tahun 2019 terpenuhi sebesar 100%. Jika kita melihat riwayat indikator ini, ada perubahan paradigma, dulu indikator ini dipilih dalam rangka mendapatkan keuntungan, namun sesuai dengan temuan dari Itjen bahwa untuk indikator ini harus dikaji ulang apakah menguntungkan rumah sakit atau tidak.

Jumlah perjanjian kerja sama tentang pengoperasian alat kesehatan tahun 2018 di RSUP Dr. Hasan Sadikin Bandung sebanyak 13 (tiga belas) PKS, untuk perjanjian kerja sama dengan nilai aset diatas 3M sebanyak 6 PKS diantaranya adalah sebagai berikut :

Tabel 3.22**Perjanjian Kerjasama Nilai Aset diatas 3 M**

| NO | NAMA MITRA KERJA SAMA | JENIS PERJANJIAN | NILAI ASET |
|----|-----------------------------------|-------------------------------------|----------------|
| 1 | UNIVERSITAS PADJAJARAN (UNPAD) | PENGOPERASIAN ALAT PET SCAN | 22.800.000.000 |
| 2 | PT. LAKSANA ABADI MANDIRI | PENGOPERASIAN ALAT LAB PATKLIN | 16,894,000,000 |
| 3 | PT. SINAR RODA UTAMA | PENGOPERASIAN MESIN HEMODIALISIS | 12,974,000,000 |
| 4 | PT. DOSNIROHA | PENGOPERASIAN MESIN HEMODIALISIS | 11,155,000,000 |

| | | | |
|---|---------------------|--|---------------|
| 5 | PT. SABA INDOMEDIKA | PENGOPERASIAN ALAT LAB PATKLIN | 4,790,900,000 |
| 6 | PT INDOSOPHA SAKTI | PENGOPERASIAN ALAT TREATMENT PLANNING SYSTEM (TPS) | 3.800.000.000 |

Kerja Sama Operasional Alat Kesehatan di RSUP Dr. Hasan Sadikin Bandung dengan Pihak Ketiga sampai saat ini masih diperlukan untuk mendukung operasional pelayanan kesehatan khususnya untuk pelayanan yang membutuhkan alat kesehatan yang belum dapat diadakan sendiri oleh RSUP Dr. Hasan Sadikin Bandung.

12) Jumlah PPK (Panduan Praktek Klinik) yang diimplementasikan di faskes jejaring

Perbandingan capaian kinerja tahun 2017 dan tahun 2018 serta terhadap jangka menengah tahun 2019 yaitu :

Tabel 3.24

Capaian Jumlah PPK (Panduan Praktek Klinik) yang diimplementasikan di Faskes Jejaring

| Realisasi Jumlah PPK (Panduan Praktek Klinik) yang diimplementasikan di Faskes Jejaring | Tahun 2017 | | Tahun 2018 | | Tahun 2019 |
|--|------------|-----------|------------|-----------|------------|
| | Target | Realisasi | Target | Realisasi | Target |
| | 5 buah | 6 buah | 10 Buah | 11 buah | 15 buah |
| Capaian | | 110% | | 100% | |

Realisasi jumlah PPK (Panduan Praktek Klinik) yang diimplementasikan di 7 RS regional pada tahun 2018 adalah sebanyak 11 buah melampaui target 2018 yang sudah ditentukan yaitu 10 buah. Sehingga capaian 2018 adalah 110%. Jumlah PPK yang diimplementasikan selain di 7 RS regional juga disosialisasikan di 5 RS jejaring (RSUD Majalaya, RSUD Indramayu, RSUD Sumedang, RSUD Cianjur dan RSUD Garut).

Sebelas PPK yg diimplementasikan adalah Infeksi Dengue pada dewasa, Appenditis akut, Gawat janin, Ketuban pecah dini, Prematur kontraksi, Perdarahan

antepartum, Preeklampsi, Penanganan abortus, Diare akut pada anak, Batu ginjal dan Varicella.

SDM yang menjalankan PPK RSHS sebagai acuan di 7 RS regional dan 5 RS jejaring adalah Dokter spesialis lulusan FK Unpad yang mempunyai pengalaman dan kompetensi penanganan penyakit dan tindakan sesuai dengan standar RSHS yang disesuaikan dengan kemampuan teknik diagnostic sarana prasarana dan SDM yang ada, dikarenakan rumah sakit satu dengan yang lain memiliki kondisi yang berlainan.

13) % Kepatuhan *Clinical Pathway*

Perbandingan capaian kinerja tahun 2017 dan tahun 2018 serta terhadap jangka menengah tahun 2019 yaitu :

Tabel 3.25
Capaian Persentase Kepatuhan Clinical Pathway

| Realisasi % Kepatuhan Clincial Pathway | Tahun 2017 | | Tahun 2018 | | Tahun 2019 |
|--|------------|-----------|------------|-----------|------------|
| | Target | Realisasi | Target | Realisasi | Target |
| | 70% | 87,90% | 90% | 94,1% | 90% |
| Capaian | | | | 104,56% | 100% |

Kepatuhan terhadap *Clinical Pathway* mencapai standar bila ada 5 *Clinical Pathway* yang diimplementasikan dalam rekam medik dan sudah dievaluasi. Sehingga capaian indikator ini sudah sesuai dengan target standar dengan nilai 3.

Clinical Pathway yang diimplementasikan dalam rekam medik dan sudah dievaluasi tahun 2018, sebagai berikut:

Tabel 3.26
Clinical Pathway Yang diimplementasikan

| No | Clinical Pathway yang telah diimplementasi, dievaluasi dan terintegrasi dengan rekam medis | 5 Area Prioritas |
|----|---|------------------|
| 1 | Karsinoma nasoaring | Radioterapi |
| 2 | Skizofrenia | IKJ |
| 3 | Appenditis Perforasi | Bedah |

| | | |
|---|--|-----|
| 4 | Guillain Barre Syndrome (pada Anak) | IKA |
| 5 | Sirosis hepatis dengan perdarahan varises oesophagus | IPD |

Penyusunan dan peningkatan implementasi *clinical pathway* (CP) terus dilaksanakan dengan pertemuan rutin 1 minggu sekali untuk penyusunan (dan evaluasi yang dilaksanakan di Komite Medik. Penyusunan *Clinical Pathway* saat ini juga memperhatikan kendali biaya dengan penyusunan berdasarkan Casemix.

14) Jumlah SPO bersama RSHS-FKUP yang diimplementasikan

Perbandingan capaian kinerja tahun 2017 dan tahun 2018 serta terhadap jangka menengah tahun 2019 yaitu :

Tabel 3.27

Capaian Jumlah SPO bersama RSHS-FKUP yang diimplementasikan

| Jumlah SPO bersama RSHS-FKUP yang diimplementasikan | Tahun 2017 | | Tahun 2018 | | Tahun 2019 |
|---|------------|-----------|------------|-----------|------------|
| | Target | Realisasi | Target | Realisasi | Target |
| | 5 Dokumen | 6 Dokumen | 7 Dokumen | 7 Dokumen | 7 Dokumen |
| Capaian | | 100% | | 100% | |

Jumlah SPO bersama RSHS-FKUP yang diimplementasikan tahun 2018 di targetkan 7 Dokumen, realisasi mencapai 7 Dokumen atau 100%. Progres capaian kinerja tahun 2018 terhadap target jangka menengah tahun 2019 telah terpenuhi sebesar 100%.

Jumlah Keputusan Bersama antara Direktur Utama RSUP Dr. Hasan Sadikin Bandung dan Dekan Fakultas Kedokteran Universitas Padjadjaran sebanyak 7 (tujuh) SPO, yang terdiri atas :

Tabel 3.28
KEPUTUSAN BERSAMA ANTARA RSHS - FKUP

| NO | KEBIJAKAN BERSAMA | TENTANG |
|----|--|---|
| 1 | Direktur Utama RSHS Bandung dan Dekan FKUP | Larangan Melaksanakan Praktek Pelayanan Kedokteran Bagi Peserta PPDS/PPDGS Diluar Program Pendidikan |
| 2 | Direktur Utama RSHS Bandung dan Dekan FKUP | Penetapan Level Pendidik Klinis Sebagai Penilai, Pendidik dan Pembimbing |
| 3 | Direktur Utama RSHS Bandung dan Dekan FKUP | Panduan Penyelenggaraan Pendidikan Profesi Dokter |
| 4 | Direktur Utama RSHS Bandung dan Dekan FKUP | Tugas, Tanggung Jawab, Wewenang, Hak dan Masa Tugas Kepala Staf Medis Fungsional (SMF)/Departemen |
| 5 | Direktur Utama RSHS Bandung dan Dekan FKUP | Panduan Penyelenggaraan Pelayanan, Pendidikan dan Penelitian Program Pendidikan Dokter Spesialis (PPDS) |
| 6 | Direktur Utama RSHS Bandung dan Dekan FKUP | Pembentukan Komite Koordinasi Pendidikan (Komkordik) di RSUP Dr. Hasan Sadikin Bandung |
| 7 | Direktur Utama RSHS Bandung dan Dekan FKUP | Daya Tampung Peserta Didik Program Pendidikan Profesi Dokter (P3D) Berdasarkan Pada Rasio Pendidik Dengan Peserta Didik Maksimal Satu Banding Lima (1:5) |

Jumlah Keputusan Bersama antara Direktur Utama RSUP Dr. Hasan Sadikin Bandung dan Dekan Fakultas Kedokteran Universitas Padjadjaran tahun 2018 di targetkan sebanyak 7 SK, dan capaiannya sebanyak 7 SK atau 100%.

15) Jumlah Publikasi Riset

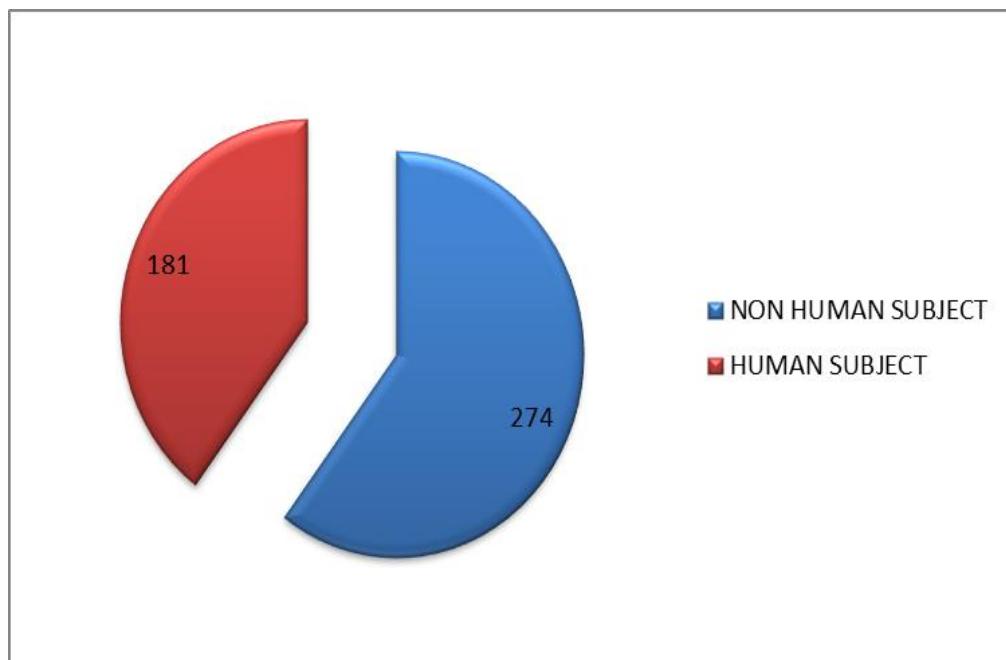
Perbandingan capaian kinerja tahun 2017 dan tahun 2018 serta terhadap jangka menengah tahun 2019 yaitu :

Tabel 3.29
Capaian Jumlah Publikasi Riset

| Realisasi Jumlah Publikasi Riset | Tahun 2017 | | Tahun 2018 | | Tahun 2019 |
|-------------------------------------|------------|-----------|------------|-----------|------------|
| | Target | Realisasi | Target | Realisasi | Target |
| | 165 Buah | 184 Buah | 182 Buah | 189 Buah | 210 Buah |
| Capaian | | 103,85% | | 86,67% | |

Pencapaian jumlah publikasi riset dari rencana 182 buah publikasi riset, terrealisasi 189 buah publikasi riset, atau mencapai 103,85%. Jika dibandingkan dengan tahun 2017 naik sebesar 17. Progres capaian kinerja tahun 2018 terhadap target jangka menengah tahun 2019 telah terpenuhi sebesar 86,67%.

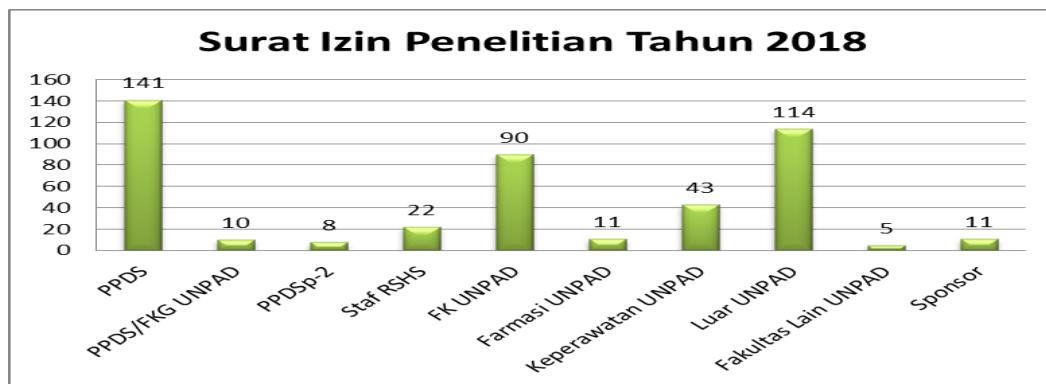
Grafik 3.3
JUMLAH IZIN PENELITIAN
BERDASARKAN HUMAN SUBJECT DAN NON HUMAN SUBJECT



Selama tahun 2018 terdapat 455 penelitian yang dilaksanakan di RSUP Dr. Hasan Sadikin Bandung. Penelitian yang dilakukan terbagi dalam 2 jenis, yaitu penelitian dengan

Human Subject sebanyak 181 penelitian dan penelitian Non Human Subject sebanyak 274 penelitian.

Grafik 3.4
IZIN PENELITIAN



Keterangan

1. Luar UNPAD (Institusi lain di luar RSHS & UNPAD), seperti : Sekolah Farmasi ITB, FIK UI, FKM UI, Poltekkes Bandung, Poltekkes Tasikmalaya, FK UNJANI, FK UNISBA, FK Maranatha, FK UGM, Fak. Farmasi UGM, Fak. Farmasi UNJANI, Fak. Psikologi UNJANI, APIKES Bandung, STFB Bandung
2. Fakultas lain UNPAD, seperti : Fak. Psikologi UNPAD dan Fak. Ekonomi UNPAD.

PUBLIKASI PENELITIAN

Salah satu Indikator Penilaian Mutu/Kinerja RS adalah Jumlah Publikasi Riset Translasiional yang Dimuat pada Jurnal Terakreditasi Nasional dan Jurnal Bereputasi Internasional. Target tahun 2018 adalah 182 jurnal.

Pendataan Publikasi Riset Translasiional, dimana setiap KSM diminta untuk menyampaikan laporan publikasi tersebut setiap bulan (paling lambat tanggal 10) ke Bagian Diklit.

Daftar KSM yang sudah mengirimkan laporan (15 KSM) =

1. KSM. Obgin;
2. KSM. Bedah;
3. KSM. Ilmu Penyakit Dalam;
4. KSM. Anak;
5. KSM. Kulit;
6. KSM. Anestesi;
7. KSM. THT-KL;

8. KSM. Patologi Klinik;
9. KSM. Forensik;
10. KSM. IKFR;
11. KSM. Urologi;
12. KSM. Neurologi;
13. KSM. Nuklir
14. KSM. Patologi Anatomi
15. KSM. Bedah Saraf

Tabel 3.30
Jumlah Publikasi Jurnal Tahun 2018

| No | Kegiatan | Pencapaian | | |
|----|-------------------------|------------|--------|--------|
| | | Target | Jumlah | % |
| 1 | Publikasi Penelitian | 182 | 189 | 103,8% |
| | a. Jurnal Nasional | | 86 | |
| | b. Jurnal Internasional | | 103 | |

Permasalahan

- Mahalnya biaya publikasi penelitian sehingga Bagian Diklit menganggarkan insentif untuk publikasi penelitian (nasional: Rp. 1 juta; internasional: Rp. 2 juta) sebagai reward bagi staf medis yang telah mempublikasikan penelitiannya, namun anggaran tersebut belum dapat terealisasi karena terserap untuk dana penelitian sponsorship oleh Bagian Keuangan.
- Minat dan keterampilan staf medis dalam penelitian masih kurang: penelitian yang dipublikasikan sebagian besar merupakan penelitian peserta didik; belum semua staf medis telah mengikuti Pelatihan GCP dan Pelatihan Metodologi Penelitian. Kegiatan penelitian belum masuk sebagai penilaian kinerja dalam sistem remunerasi.

Rencana tindak lanjut

- Pelaporan publikasi jurnal penelitian disampaikan langsung oleh setiap Koordinator Penelitian ksm/Bagian pada acara rapat koordinasi penelitian yang dilaksanakan setiap 3 bulan sekali di Bagian Diklit

- Membuat pohon penelitian, koordinasi antara Bagian Diklit, Komite Etik Penelitian Kesehatan, Koordinator Penelitian Unit/Bagian
- Membuat online sistem untuk penelitian, berkoordinasi dengan Instalasi SIRS.
- Sosialisasi tentang kegiatan penelitian masuk dalam penilaian kinerja staf medis pada sistem remunerasi, berkoordinasi dengan Bagian SDM
- Disusun rencana/anggaran biaya untuk pemberian reward bagi peneliti yang telah mempublikasikan penelitiannya baik pada jurnal bertaraf nasional maupun internasional (Penyusunan RAB Diklit 2019, Program Kerja Diklit 2019 dan Realisasi dana)
- Program penelitian pegawai (termasuk penelitian bagi staf medis) sampai dengan publikasi penelitian (Sosialisasi, Penerimaan Usulan Proposal, Seleksi, Pelaksanaan Penelitian, Laporan Hasil & Publikasi)
- Pelatihan GCP (Mendata staf medis yang belum mengikuti Pelatihan GCP, Mendata staf medis yang sertifikat GCP-nya sudah kadaluarsa, Sosialisasi pelaksanaan Pelatihan GCP, berkoordinasi dengan KEPK dan CRSU dan Pelaksanaan Pelatihan GCP, minimal 2 kali/tahun)

16) Tingkat keandalan sarpras

Perbandingan capaian kinerja tahun 2017 dan tahun 2018 serta terhadap jangka menengah tahun 2019 yaitu :

Tabel 3.31
Capaian Tingkat Keandalan Sarpras

| Realisasi Tingkat Keandalan Sarpras | Tahun 2017 | | Tahun 2018 | | Tahun 2019 |
|--|------------|-----------|------------|-----------|------------|
| | Target | Realisasi | Target | Realisasi | Target |
| | 78% | 92,97% | 85% | 95,69 | 90% |
| Capaian | | 112,58% | | 105,88% | |

Tingkat keandalan sarpras tahun 2018 di targetkan 85%, realisasi mencapai 95,69% atau sekitar 112,58%, bila dibandingkan dengan capaian tahun 2017 meningkat sebesar 7. Progres capaian kinerja tahun 2018 terhadap target jangka menengah tahun 2019 telah

terpenuhi sebesar 105,88%. Target tingkat keandalan aset yang ditetapkan rumah sakit yaitu berupa nilai OEE (*overall equipment effectiveness*).

Tabel 3.32
Pengukuran Tingkat OEE Tahun 2018

| NO | NAMA | Pengukuran Tingkat OEE | | | Nilai Rata-rata |
|------------------|------------------------------------|------------------------|---------|---------|-----------------|
| | | Okt | Nov | Des | |
| 1 | Instalasi Radiodiagnostik | | | | |
| | 1. Digital Radiodiagnostik (DR) | 108,25% | 104,54% | 90,58% | 101,12% |
| | 2. MSCT Somatom Emotion 6 | 90,92% | 90,15% | 77,96% | 86,34% |
| | 3. MSCT Somatom Spirit 2 Slice | 86,40% | 93,00% | 91,80% | 90,40% |
| | 4. MRI | 110,10% | 93,30% | 88,50% | 97,30% |
| Rata-rata | | | | | 93,79% |
| 2 | Instalasi Radiotherapi | | | | |
| | 1. Linear Accelerator (LINAC) | 251% | 255,30% | 185,60% | 230,63% |
| | 2. Cobalt 60 | 0% | 38,09% | 87,36% | 41,82% |
| | 3. TPS Xio | 137% | 154,30% | 143,30% | 144,70% |
| | 4. Pesawat Simulator | 154% | 111,40% | 127,40% | 130,90% |
| Rata-rata | | | | | 137,01% |
| 3 | Instalasi Binatu | | | | |
| | 1. Mesin Cuci CO1 | 76,19% | 77,00% | 118,41% | 90,53% |
| | 2. Mesin Cuci CO2 | 89,08% | 87,67% | 111,57% | 96,11% |
| | 3. Mesin Cuci CO3 | 98,82% | 98,57% | 15,34% | 70,91% |
| | Rata-rata | | | | |
| 4 | Instalasi CSSD | | | | |
| | Sterilisator Steam 1 | 0,00% | 0,00% | 0,00% | 0,00% |
| | Sterilisator Steam 2 | 26,22% | 42,66% | 110,12% | 59,67% |
| | Sterilisator Steam 3 | 159,66% | 126,60% | 22,91% | 103,06% |
| | Sterilisator Steam 4 | 72,03% | 99,57% | 121,95% | 97,85% |
| Rata-rata | | | | | 65,14% |
| 5 | Patologi Anatomi | | | | |
| | 1. Vries Coupe | 38,37% | 39,80% | 63,75% | 47,31% |
| | Rata-rata | | | | |
| 6 | Instalasi Kedokteran Nuklir | | | | |
| | 1. Camera Gamma Infinia HWK | 232,20% | 217,60% | 212,00% | 220,60% |
| | 2. Camera Gamma Symbia T6 | 96,80% | 40,60% | 71,00% | 69,47% |
| | Rata-rata | | | | |

| | |
|-----------------------|--------|
| Rata-rata Keseluruhan | 95,69% |
|-----------------------|--------|

17) % kasus ditangani DPJP

Perbandingan capaian kinerja tahun 2017 dan tahun 2018 serta terhadap jangka menengah tahun 2019 yaitu :

Tabel 3.33
CAPAIAN PERSENTASE KASUS DITANGANI DPJP

| % kasus ditangani DPJP | Tahun 2017 | | Tahun 2018 | | Tahun 2019 |
|---------------------------|------------|-----------|------------|-----------|------------|
| | Target | Realisasi | Target | Realisasi | Target |
| | 100% | 89,04 | 100% | 84,93% | 100% |
| Capaian | | 84,93% | | 84,93% | |

Capaian persentase kasus ditangani DPJP pada tahun 2018 realisasi sebesar 84,93% dari target sebesar 100%. Progres capaian kinerja tahun 2018 terhadap target jangka menengah tahun 2019 telah terpenuhi sebesar 84,93%. Pemenuhan indikator Instalasi Rawat Inap yaitu kelengkapan asesmen awal medis yang < 24 jam yang belum mencapai target 100% mempengaruhi penilaian capaian indikator Kasus yang ditangani DPJP tersebut. Sebagai Rumah Sakit Pendidikan Utama, 100% penanganan kasus disupervisi oleh DPJP, namun dokumentasi penanganan dan supervisi tersebut seringkali belum tercatat, sehingga ketidaklengkapan berkas dalam rekam medis tersebut dinilai DPJP belum menangani kasus tersebut.

Tabel 3.34
Persentase Kasus Ditangani DPJP

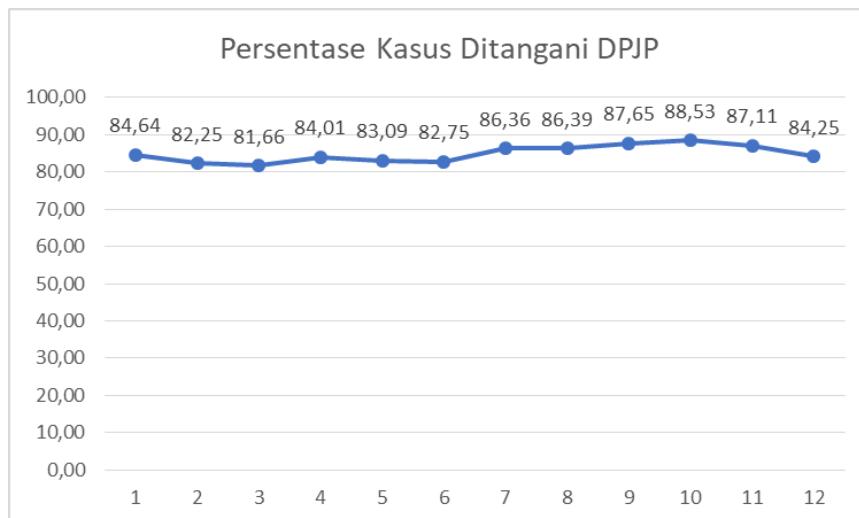
| BULAN | NUMERATOR | DENOMINATOR | CAPAIAN (%) |
|-----------|-----------|-------------|-------------|
| Januari | 1.967 | 2.324 | 84,64 |
| Februari | 1.631 | 1.983 | 82,25 |
| Maret | 1.567 | 1.919 | 81,66 |
| April | 1.350 | 1.607 | 84,01 |
| Mei | 1.381 | 1.662 | 83,09 |
| Juni | 1.199 | 1.449 | 82,75 |
| Juli | 1.387 | 1.606 | 86,36 |
| Agustus | 1.632 | 1.889 | 86,39 |
| September | 1.483 | 1.692 | 87,65 |
| Oktober | 1.829 | 2.066 | 88,53 |

| | | | |
|----------|--------|--------|-------|
| November | 1.636 | 1.878 | 87,11 |
| Desember | 1.546 | 1.835 | 84,25 |
| | 18.608 | 21.910 | 84,93 |

Rencana tindak lanjut untuk dapat memenuhi pencapaian tersebut adalah

1. Sosialisasi hasil analisa pencapaian indikator pada SMF secara berkala
2. Pendampingan dan evaluasi implementasi di unit kerja
3. Penyusunan rencana tindak lanjut dan perbaikan oleh koordinator penjaminan mutu SMF berkoordinasi dengan unit terkait
4. Meningkatkan *Open Medical Record Review* dan *Closed Medical Record Review*.
5. Optimalisasi peran *case manager* di unit pelayanan perawatan.

Grafik 3.5



18) POBO (Rasio Pendapatan PNBP terhadap Biaya Operasional)

Perbandingan capaian kinerja tahun 2017 dan tahun 2018 serta terhadap jangka menengah tahun 2019 yaitu :

Tabel 3.35
Capaian POBO

| Realisasi POBO | Tahun 2017 | | Tahun 2018 | | Tahun 2019 |
|----------------|------------|-----------|------------|-----------|------------|
| | Target | Realisasi | Target | Realisasi | Target |
| | 75% | 68,69% | 75% | 84,55% | 77% |
| Capaian | | | 120,79% | | 109,80% |

Capaian POBO (Rasio Pendapatan PNBP terhadap Biaya Operasional) pada tahun 2017 realisasi sebesar 84,55% dari target sebesar 75% pencapaian sebesar 120,79%. Jika dibandingkan dengan tahun 2017 naik sebesar 15,86. Progres capaian kinerja tahun 2017 terhadap target jangka menengah tahun 2019 telah terpenuhi sebesar 109,80%.

19) Hasil Audit Keuangan

Perbandingan capaian kinerja tahun 2017 dan tahun 2018 serta terhadap jangka menengah tahun 2019 yaitu :

Tabel 3.36
Capaian Hasil Audit Keuangan

| Realisasi Hasil Audit Keuangan | Tahun 2017 | | Tahun 2018 | | Tahun 2019 |
|-----------------------------------|------------|-----------|------------|-----------|------------|
| | Target | Realisasi | Target | Realisasi | Target |
| | WTP | WTP | WTP | Proses | WTP |
| Capaian | | Proses | | Proses | |

Hasil audit atas Lapkeu PABLU TA 2018 akan dilakukan oleh Auditor Independen dengan target opini Wajar Tanpa Pengecualian (dalam semua hal yang material posisi keuangan BLU RSBS tanggal 31 Desember 2018, serta kinerja keuangan, perubahan ekuitas dan arus kasnya untuk tahun yang berakhir pada tanggal tersebut sesuai dengan Standar Akuntansi Keuangan di Indonesia). Audit atas Lapkeu PABLU TA 2018 sedang dalam proses.

Tabel 3.37
Strategi dan Langkah – Langkah Raih WTP

| | STRATEGI | LANGKAH-LANGKAH | PENCAPIAN |
|--|--|--|--|
| | Membangun komitmen dan integritas Pimpinan, Para Pengelola dan Para pelaksana kegiatan | Membangun Budaya Organisasi “meraih WTP “ lingkungan RSUP Dr.Hasan Sadikin | 1. Menyempurnakan SOP (Standar Prosedur Operasional) pengelolaan keuangan. 2. Menciptakan sistem pengendalian keuangan RS dengan pemisahan fungsi pencatatan di bagian akuntansi, fungsi penerimaan uang dan pengeluaran uang di Bagian Pembendaharaan serta evaluasi anggaran di bagian PEA. |

| | | | |
|--|--|---|--|
| | Penguatan perencanaan dan penganggaran | <ol style="list-style-type: none"> 1. Penguatan penelaahan RKA-KL agar selaras dengan RPJMN, Renstra dan RBA (prioritas kegiatan, output, outcome, jadual pencapaian) 2. Penggunaan Bagan Akun Standar (BAS) secara cermat(Belanja Pegawai , Belanja Barang , Belanja Modal) 3. Penyiapan kelengkapan dan keakuratan Dokumen Pendukung Perencanaan (TOR, RAB) | <ol style="list-style-type: none"> 1.Penyusunan RBA berdasarkan usulan unit kerja (button up) dan kemampuan sumber dana rumah sakit / pagu anggaran. 2.Penyusunan RBA dan RKA dilengkapi TOR dan RAB. 3.Pelaksanaan anggaran menggunakan monitor CPA atau catatan penggunaan anggaran dengan menggunakan BAS yang sesuai. |
| | Pembenahan Pengelolaan kas / Sistem Pembukuan / Akutansi | <ol style="list-style-type: none"> 1. Reviu dan Penyempurnaan Kebijakan Akutansi Kementerian Kesehatan; 2. Melaksanakan peraturan yang ditetapkan oleh Kementerian Keuangan. 3. Meningkatkan kualitas penyusunan perencanaan Kas; 4. Meningkatkan ketepatan waktu pelaksanaan anggaran; 5. Pemeriksaan Kas Internal oleh KPA melalui SPI 6. Sistem Pembukuan secara bertahap diubah dari Cash Basis ke Accrual Basis; | <ol style="list-style-type: none"> 1.SPI melakukan review atas laporan keuangan setiap semester dan akhir tahun. 2.Sistem pembukuan bendahara dari cash menuju berbasis akrual 3.Pemeriksaan kas oleh SPI setiap triwulan dan akhir tahun |
| | Perbaikan Penatausahaan pendapatan BLU | <ol style="list-style-type: none"> 1. Pendapatan PNBP masuk rekening Rumah Sakit 2. Melakukan kerjasama dengan bank pemerintah | <ol style="list-style-type: none"> 1.Pendapatan PNBP masuk kerekening penerimaan RS paling lambat 1x24 jam 2.Mandiri cash Management (MCM) tahap sosialisasi dan uji coba 3.Proses pembuatan MOU dengan PT. Bank Mandiri |
| | Peningkatan kualitas pengadaan barang / jasa | Pengadaan barang dan jasa selalu berpedoman pada Keppres dan menggunakan LPSE | <ol style="list-style-type: none"> 1. Proses Pengadaan sudah menggunakan LPSE (layanan pengadaan secara elektronik) |
| | Pembenahan PenataUsahaan | <ol style="list-style-type: none"> 1. Pengisian data entry secara rutin kedalam SIMAK BMN 2. Peningkatan Koordinasi antara Bagian Akuntansi dan bagian inventaris | <ol style="list-style-type: none"> 1.Mengentry asset tetap yang di beli dan hibah jika ada kedalam SIMAK BMN secaraperiodik 2.Melakukan rekon internal setiap bulan antara bagian akutansi dan inventaris |

| | | | |
|--|--|---|---|
| | Penguatan kualitas SDM | Peningkatankualitas SDM melalui pelatihan-pelatihan | <p>1.Mengirim eselon III, IV dan petugaskeuangan dan akutansiuntukmengikuti pelatihan peningkatan kualitas SDM keuangan yang diselenggarakan kemenkeu dan kemenkes</p> <p>2.Mengirim SDM ULP dan pokja pengadaan dan penerimaan untuk mengikuti pelatihan pengadaan barang / jasa</p> |
| | Sistem Pengendalian Internal | Melakukan koordinasi dengan SPI | <p>1.Membuat perencanaan sistem pengendalian interna di unit kerja masing-masing di bawah koordinasi SPI</p> |
| | Penguatan Monitoring dan Evaluasi | <ol style="list-style-type: none"> 1. Meningkatkan kualitas pelaksanaan monitoring terpadu terhadap pelaksanaan kegiatan dan anggaran; 2. Melakukan perbaikan segera terhadap ketidaksesuaian pelaksanaan kegiatan dan anggaran 3. Melakukan pertemuan rutin secara berkala dan berjenjang dalam rangka evaluasi pelaksanaan kegiatan dan anggaran | <p>1.Membuat laporan realisasi penyerapan anggaran setiap tanggal 3 awal bulan berikutnya</p> <p>2.Melakukan usulan pergeseran MAK terhadap kegiatan yang melebihi pagu sebelumnya</p> |
| | Perbaikan penyusunan dan penyampian laporan keuangan | Melakukan koordinasi dengan KPPN, DJPB, Bag Keuangan BUK dan Biro Keuangan Setjen Kemkes di dalam perancangan Teknologi informasi | <p>1.Melakukan konsultasi ke KPPN, DJPB, Bagian keuangan BUK dan Biro keuangan setjen kemkes.</p> <p>2.Tahap perancangan informasi Teknologi (IT)</p> |
| | Peningkatan kualitas pengawas | Melakukan koordinasi dengan SPI | <p>1.Laporan keuangan di review oleh SPI dan Irjen setiap semester dan tahun</p> <p>2.Laporan keuangan di audit oleh KAP</p> <p>3.Laporan keuangan di audit oleh BPK</p> |

B. SUMBER DAYA

1. Sumber Daya Manusia

Tabel 3.38

Komposisi SDM berdasarkan jenis tenaga (Desember 2018) :

| No. | Jenis Tenaga | Jumlah |
|-----|-----------------------------|--------|
| 1 | DOKTER SPESIALIS | 342 |
| 2 | DOKTER GIGI SPESIALIS | 19 |
| 3 | DOKTER UMUM | 21 |
| 4 | DOKTER GIGI | 3 |
| 5 | PERAWAT | 1.163 |
| 6 | BIDAN | 76 |
| 7 | FUNGSIONAL KES LAINNYA | 317 |
| 8 | KESEHATAN LAINNYA (NON PNS) | 239 |
| 9 | FUNGSIONAL NON KES. | 18 |
| 10 | ADMINISTRASI | 487 |
| 11 | TENAGA STRATEGIS | 286 |
| | Jumlah | 2.971 |

Tabel 3.39

Komposisi SDM berdasarkan Jenjang Pendidikan yang telah disesuaikan:

| No. | Jenis Pendidikan | Jumlah |
|-----|----------------------------|--------|
| 1 | Dokter spesialis konsultan | 229 |
| 2 | Dokter spesialis | 75 |
| 3 | Dokter umum | 22 |
| 4 | Dokter gigi spesialis | 19 |
| 5 | Dokter gigi | 3 |
| 6 | S-3 | 41 |
| 7 | S-2 | 170 |
| 8 | S-1 | 463 |
| 9 | D-4 | 74 |
| 10 | D-3 | 1.430 |
| 11 | D-1 | 16 |
| 12 | SLTA | 375 |
| 13 | SLTP | 45 |
| 14 | SD | 9 |
| | Jumlah | 2.971 |

Tabel 3.40

Komposisi SDM berdasarkan Jenis Jabatan :

| No. | Jenis Jabatan | Jumlah |
|-----|------------------------------|--------|
| 1 | Eselon-2 | 5 |
| 2 | Eselon-3 | 9 |
| 3 | Eselon-4 | 23 |
| 4 | Fungsional | |
| 4.1 | Dokter Pendidik Klinis Utama | 35 |
| 4.2 | Dokter Pendidik Klinis Madya | 72 |

| | | |
|------|---|-----|
| 4.3 | Dokter Pendidik Klinis Muda | 46 |
| 4.4 | Dokter Pendidik Klinis Pertama | 5 |
| 4.5 | Perawat Ahli Madya | 45 |
| 4.6 | Perawat Ahli Muda | 90 |
| 4.7 | Perawat Ahli Pertama | 108 |
| 4.8 | Perawat Penyelia | 168 |
| 4.9 | Perawat Terampil | 111 |
| 4.10 | Perawat Mahir | 278 |
| 4.11 | Perawat Pemula | 1 |
| 4.12 | Perawat Gigi Ahli Madya | 2 |
| 4.13 | Perawat Gigi Penyelia | 10 |
| 4.14 | Perawat Gigi Mahir | 5 |
| 4.15 | Bidan Ahli Madya | 3 |
| 4.16 | Bidan Ahli Muda | 0 |
| 4.17 | Bidan Ahli Pertama | 8 |
| 4.18 | Bidan Penyelia | 4 |
| 4.19 | Bidan Terampil | 10 |
| 4.20 | Bidan Mahir | 21 |
| 4.21 | Dokter Ahli Madya (JFT) | 5 |
| 4.22 | Dokter Ahli Muda (JFT) | 16 |
| 4.23 | Dokter Ahli Pertama (JFT) | 34 |
| 4.24 | Dokter Gigi Ahli Utama (JFT) | 1 |
| 4.25 | Dokter Gigi Ahli Madya (JFT) | 6 |
| 4.26 | Dokter Gigi Ahli Muda (JFT) | 4 |
| 4.27 | Apoteker Ahli Madya (JFT) | 15 |
| 4.28 | Apoteker Ahli Muda (JFT) | 5 |
| 4.29 | Asisten Apoteker Penyelia (JFT) | 9 |
| 4.30 | Asisten Apoteker Terampil (JFT) | 5 |
| 4.31 | Asisten Apoteker Mahir (JFT) | 10 |
| 4.32 | Asisten Apoteker Pelaksana Pemula (JFT) | 2 |
| 4.33 | Fisikawan Medis Ahli Muda (JFT) | 2 |
| 4.34 | Fisikawan Medis Ahli Pertama (JFT) | 0 |
| 4.35 | Fisioterapis Ahli Madya (JFT) | 5 |
| 4.36 | Fisioterapis Ahli Muda (JFT) | 1 |
| 4.37 | Fisioterapis Mahir (JFT) | 1 |
| 4.38 | Fisioterapis Penyelia (JFT) | 2 |
| 4.39 | Fisioterapis Terampil (JFT) | 3 |
| 4.40 | Nutrisionis Ahli Madya (JFT) | 5 |
| 4.41 | Nutrisionis Ahli Muda (JFT) | 14 |
| 4.42 | Nutrisionis Ahli Pertama (JFT) | 6 |
| 4.43 | Nutrisionis Mahir (JFT) | 0 |
| 4.44 | Nutrisionis Terampil (JFT) | 1 |
| 4.45 | Okupasi Terapis Mahir (JFT) | 2 |
| 4.46 | Okupasi Terapis Terampil (JFT) | 1 |
| 4.47 | Ortotis Prostetis Terampil (JFT) | 2 |
| 4.48 | Pekerja Sosial Ahli Muda (JFT) | 1 |
| 4.49 | Pekerja Sosial Terampil (JFT) | 1 |
| 4.50 | Pembimbing Kesehatan Kerja Ahli Muda (JFT) | 2 |
| 4.51 | Pembimbing Kesehatan Kerja Ahli Pertama (JFT) | 1 |
| 4.52 | Perekam Medis Ahli Madya (JFT) | 1 |
| 4.53 | Perekam Medis Ahli Muda (JFT) | 1 |
| 4.54 | Perekam Medis Ahli Pertama (JFT) | 6 |
| 4.55 | Perekam Medis Mahir (JFT) | 6 |

| | | |
|------|---|-------|
| 4.56 | Perekam Medis Penyelia (JFT) | 9 |
| 4.57 | Perekam Medis Terampil (JFT) | 21 |
| 4.58 | Pranata Laboratorium Kesehatan Ahli Madya (JFT) | 6 |
| 4.59 | Pranata Laboratorium Kesehatan Ahli Muda (JFT) | 10 |
| 4.60 | Pranata Laboratorium Kesehatan Ahli Pertama (JFT) | 13 |
| 4.61 | Pranata Laboratorium Kesehatan Mahir (JFT) | 2 |
| 4.62 | Pranata Laboratorium Kesehatan Penyelia (JFT) | 28 |
| 4.63 | Pranata Laboratorium Kesehatan Terampil (JFT) | 3 |
| 4.64 | Psikologi Klinis Muda (JFT) | 2 |
| 4.65 | Radiografer Ahli Madya (JFT) | 4 |
| 4.66 | Radiografer Ahli Muda (JFT) | 6 |
| 4.67 | Radiografer Ahli Pertama (JFT) | 2 |
| 4.68 | Radiografer Mahir (JFT) | 4 |
| 4.69 | Radiografer Penyelia (JFT) | 6 |
| 4.70 | Radiografer Terampil (JFT) | 3 |
| 4.71 | Sanitarian Ahli Madya (JFT) | 1 |
| 4.72 | Sanitarian Ahli Muda (JFT) | 4 |
| 4.73 | Sanitarian Ahli Pertama (JFT) | 2 |
| 4.74 | Sanitarian Mahir (JFT) | 3 |
| 4.75 | Sanitarian Penyelia (JFT) | 7 |
| 4.76 | Teknisi Elektromedis Ahli Madya (JFT) | 7 |
| 4.77 | Teknisi Elektromedis Ahli Muda (JFT) | 4 |
| 4.78 | Teknisi Elektromedis Ahli Pertama (JFT) | 1 |
| 4.79 | Teknisi Elektromedis Mahir (JFT) | 1 |
| 4.80 | Terapis Wicara Mahir (JFT) | 1 |
| 4.81 | Terapis Wicara Penyelia (JFT) | 1 |
| 4.82 | Auditor Ahli Muda (JFT) | 3 |
| 4.83 | Analisis Kepegawaian Ahli Muda (JFT) | 3 |
| 4.84 | Analisis Kepegawaian Mahir (JFT) | 1 |
| 4.85 | Analisis Kepegawaian Penyelia (JFT) | 3 |
| 4.86 | Pranata Hubungan Masyarakat Ahli Muda (JFT) | 1 |
| 4.87 | Pustakawan Penyelia (JFT) | 1 |
| 5 | Staf (Non fungsional/struktural) | 588 |
| 6 | Pegawai Non PNS (BLU) | 872 |
| 7 | Staf Medis UNPAD | 113 |
| | Pegawai yang pensiun TW 4 | 16 |
| | Jumlah pegawai (Juni 2018) | 2.971 |

2. Sumber Daya Sarana dan Prasarana

Tabel 3.41

Sumber Daya Sarana dan Prasarana tahun 2018

| No | URAIAN | Qtt | KEADAAN/KONDISI | | | Nilai (Rp) |
|----|--|--------|-----------------|--------------|-------------|-------------------|
| | | | BAIK | RUSAK RINGAN | RUSAK BERAT | |
| A | TANAH | 87.798 | - | - | - | 2.322.848.969.000 |
| | Tanah Persil | 87.798 | - | - | - | 2.322.848.969.000 |
| B | PERALATAN DAN MESIN | 53.018 | 50.042 | 533 | 2.443 | 767.454.663.218 |
| 1 | Alat Besar Darat | 2 | - | 1 | 1 | 9.105.000 |
| 2 | Alat Besar Apung | 39 | 39 | - | - | 62.626.000 |
| 3 | Alat Bantu | 89 | 89 | - | - | 22.173.812.681 |
| 4 | Alat Angkutan Darat Bermotor | 30 | 24 | - | 6 | 5.328.188.625 |
| 5 | Alat Angkutan Darat Tak Bermotor | 57 | 48 | 8 | 1 | 26.676.500 |
| 6 | Alat Bengkel Bermesin | 44 | 43 | 1 | - | 438.504.516 |
| 7 | Alat Bengkel Tak Bermesin | 495 | 444 | 3 | 48 | 216.396.420 |
| 8 | Alat Ukur | 341 | 341 | - | - | 1.136.474.966 |
| 9 | Alat Pengolahan | 280 | 278 | - | 2 | 456.125.457 |
| 10 | Alat Kantor | 2.253 | 1.864 | 105 | 284 | 11.852.949.348 |
| 11 | Alat Rumah Tangga | 18.214 | 17.588 | 198 | 428 | 50.366.628.391 |
| 12 | Alat Studio | 378 | 378 | - | - | 3.320.705.675 |
| 13 | Alat Komunikasi | 921 | 864 | 6 | 51 | 2.677.198.687 |
| 14 | Peralatan Pemancar | 16 | 16 | - | - | 6.517.879.457 |
| 15 | Alat Kedokteran | 20.772 | 19.291 | 159 | 1.322 | 560.779.363.269 |
| 16 | Alat Kesehatan Umum | 830 | 830 | - | - | 2.089.748.318 |
| 17 | Unit Alat Laboratorium | 3.122 | 2.957 | 48 | 117 | 43.776.610.620 |
| 18 | Unit Alat Laboratorium Kimia Nuklir | 685 | 683 | - | 2 | 1.938.431.891 |
| 19 | Unit Alat Laboratorium Fisika Nuklir/Elektronika | 16 | 15 | 1 | - | 10.762.516.320 |
| 20 | Alat Proteksi Radiasi/Proteksi Lingkungan | 119 | 74 | - | 45 | 1.513.184.100 |
| 21 | Radiation Application&Non Destructive Testing Laboratory | 1 | 1 | - | - | 58.991.000 |
| 22 | Alat Laboratorium Lingkungan Hidup | 110 | 109 | - | 1 | 528.227.500 |
| 23 | Peralatan Laboratorium Hydrodinamica | 29 | 29 | - | - | 842.225.000 |
| 24 | Alat Laboratorium Standarisasi Kalibrasi&Instrumentasi | 184 | 181 | - | 3 | 984.208.370 |
| 25 | Persenjataan Non senjata Api | 27 | 27 | - | - | 155.367.850 |
| 26 | Alat Khusus Kepolisian | 15 | 15 | - | - | 503.120.875 |
| 27 | Komputer Unit | 1.359 | 1.317 | - | 42 | 12.829.624.369 |
| 28 | Peralatan Komputer | 2.118 | 2.026 | 3 | 89 | 9.592.277.755 |
| 29 | Alat Eksplorasi Geofisika | 1 | 1 | - | - | 171.000 |
| 30 | Pengolahan dan Pemurnian | 1 | 1 | - | - | 562.318.185 |
| 31 | Alat Deteksi | 6 | 6 | - | - | 858.000 |
| 32 | Alat Pelindung | 16 | 16 | - | - | 182.207.500 |
| 33 | Alat Sar | 8 | 8 | - | - | 5.393.025 |
| 34 | Alat Kerja Penerbangan | 24 | 24 | - | - | 31.758.400 |
| 35 | Alat Peraga Pelatihan dan Percontohan | 51 | 51 | - | - | 21.190.210.800 |
| 36 | Unit Peralatan Proses/Produksi | 344 | 345 | - | 1 | 1.854.080.520 |
| 37 | Peralatan Olah Raga | 21 | 21 | - | - | 18.645.800 |

| No | URAIAN | Qtt | KEADAAN/KONDISI | Nilai (Rp) |
|----|--------|-----|-----------------|------------|
|----|--------|-----|-----------------|------------|

| | | | BAIK | RUSAK RINGAN | RUSAK BERAT | |
|-----------|--|---------------|---------------|--------------|--------------|------------------------|
| C. | GEDUNG DAN BANGUNAN | 107 | 100 | 2 | 5 | 459.424.747.084 |
| 1 | Bangunan Gedung Tempat Kerja | 65 | 62 | 2 | 1 | 458.831.994.654 |
| 2 | Bangunan Gedung Tempat Tinggal | 2 | 2 | - | - | 183.813.000 |
| 3 | Tugu/Tanda Batas | 40 | 36 | - | 4 | 408.939.430 |
| D. | JALAN DAN JEMBATAN | 22.271 | 22.269 | 1 | 1 | 4.367.322.500 |
| 1 | Jalan | 22.271 | 22.269 | 1 | 1 | 4.367.322.500 |
| E. | IRIGASI | 15 | 15 | - | - | 2.199.736.470 |
| 1 | Bangunan Pengembangan Sumber Air dan Sumber Tanah | 6 | 6 | - | - | 188.063.000 |
| 2 | Bangunan Air Bersih/Air Baku | 3 | 3 | - | - | 20.294.470 |
| 3 | Bangunan Air Kotor | 6 | 6 | - | - | 1.991.379.000 |
| F. | JARINGAN | 44 | 42 | - | - | 3.197.506.869 |
| 1 | Instalasi Pertahanan | 1 | 1 | - | - | 20.320.300 |
| 2 | Instalasi Gas | 1 | 1 | - | - | 42.176.200 |
| 3 | Instalasi Lain | 2 | 1 | - | - | 35.833.600 |
| 4 | Jaringan Listrik | 39 | 38 | - | - | 3.077.441.769 |
| 5 | Jaringan Telephone | 1 | 1 | - | - | 21.735.000 |
| G. | ASET TETAP LAINNYA | 928 | 28 | - | - | 75.497.462 |
| 1 | Bahan Perpustakaan Tercetak | 928 | 28 | - | - | 75.497.462 |
| H. | ASET TETAP YANG TIDAK DIGUNAKAN | 2.207 | - | - | 2.207 | 47.836.148.381 |
| 1 | Alat Besar Darat | 1 | - | - | 1 | 1.492.455.000 |
| 2 | Alat Angkutan Darat Bermotor | 6 | - | - | 6 | 776.005.909 |
| 3 | Alat Angkutan Darat Tak Bermotor | 1 | | | 1 | 100.000 |
| 4 | Alat Bengkel Tak Bermesin | 48 | | | 48 | 418.000 |
| 5 | Alat Pengolahan | 2 | | | 2 | 148.000 |
| 6 | Alat Kantor | 331 | - | - | 331 | 99.202.000 |
| 7 | Alat Rumah Tangga | 441 | - | - | 441 | 904.539.537 |
| 8 | Alat Komunikasi | 51 | | | 51 | 20.110.624 |
| 9 | Alat Kedokteran | 1.136 | - | - | 1.136 | 16.280.581.727 |
| 10 | Unit Alat Laboratorium | 58 | - | - | 58 | 1.220.857.078 |
| 11 | Unit Alat Laboratorium Kimia Nuklir | 1 | | | 1 | 1.135.487.000 |
| 12 | Alat Laboratorium Standarisasi Kalibrasi & Instrumentasi | 2 | | | 2 | 15.252.000 |
| 13 | Komputer Unit | 42 | | | 42 | 251.812.701 |
| 14 | Peralatan Komputer | 85 | - | - | 85 | 191.705.805 |
| 15 | Unit Peralatan Proses/Produksi | 1 | | | 1 | 5.012.000 |
| 16 | Bangunan Gedung Tempat Kerja | 1 | | | 1 | 25.442.461.000 |
| I. | PATEN | 50 | 50 | - | - | 4.094.266.371 |
| 1 | Aset Tak Berwujud | 50 | 50 | - | - | 4.094.266.371 |
| J. | KONTRUKSI DALAM PENGERJAAN | - | - | - | - | 114.319.996.994 |
| 1 | Gedung dan Bangunan | - | - | - | - | 114.319.996.994 |
| K. | ASET TAK BERWUJUD DALAM PENGERJAAN | - | - | - | - | - |
| 1 | Aset Tak Berwujud Dalam Penyelesaian | - | - | - | - | - |

Sumber daya sarana dan prasarana atau Barang Milik Negara (BMN) yang dimiliki RSUP Dr. Hasan Sadikin Bandung adalah sebagaimana pada dokumen Laporan Barang Kuasa Pengguna Triwulan Anggaran 2018. Barang Milik Negara (BMN) Intrakomptabel RSUP Dr. Hasan Sadikin Bandung per 30 September Anggaran 2018 bernilai nominal sebesar Rp3.756.252.388.664,- dengan uraian per kelompok barang sebagai berikut:

- a. Tanah, dengan kode kelompok barang 131111, seluas 87.798 M² dengan nilai nominal sebesar Rp2.322.848.969.000,-

- b. Peralatan dan Mesin, dengan kode kelompok barang 131311, sejumlah 43,824 unit dengan nilai nominal sebesar Rp797.494.795.856,-
- c. Gedung dan Bangunan, dengan kode kelompok barang 131511, sejumlah 75 unit dengan nilai nominal sebesar Rp459.678.425.623,-
- d. Jalan dan Jembatan, dengan kode kelompok barang 131711, 22.271m² lokasi dengan nilai nominal sebesar Rp4.367.322.500,-
- e. Irigasi, dengan kode kelompok barang 131712, sejumlah 11 unit dengan nilai nominal sebesar Rp2.199.736.470,-
- f. Jaringan, dengan kode kelompok barang 131713, sejumlah 42 unit dengan nilai nominal sebesar Rp3.197.506.869,-
- g. Konstruksi dalam penggeraan gedung dan bangunan dengan kode kelompok 132111 sebesar Rp114.535.217.594,-
- h. Aset tidak berwujud, dengan kode kelompok barang 153151, dengan nilai nominal sebesar Rp4.094.266.371,-
- i. Aset tetap yang tidak digunakan, dengan kode kelompok barang 154112, sejumlah 853 unit dengan nilai nominal sebesar Rp47.836.148.381,-

3. Sumber Daya Anggaran dan Realisasi

Tabel 3.42 Sumber Daya Anggaran

**RSUP DR. HASAN SADIKIN BANDUNG
NERACA
Per 31 Desember 2018**

| ASET | 31-Des-18 | TA 2017 | NAIK/TURUN | % |
|--|--------------------------|--------------------------|------------------------|-----------------|
| ASET LANCAR | | | | |
| 1.1. ASET LANCAR | | | | |
| 1.1.1 Kas dan Setara Kas | 81.899.034.463 | 39.719.131.671 | 42.179.902.702 | 106,20 |
| 1.1.2 Investasi Lancar | 0 | 0 | 0 | 0,00 |
| 1.1.3 Piatang Pelayanan | 190.351.104.218 | 237.786.942.898 | -47.435.830.080 | -19,95 |
| 1.1.4 Penyisihan Piatang | -60.722.330.326 | -80.923.946.642 | 20.201.610.316 | -24,06 |
| Piatang Pelayanan Netto | 129.628.773.892 | 156.862.096.256 | -27.234.222.304 | -17,36 |
| 1.1.5 Piatang Usaha Lain-lain | 80.000.000 | 81.000.000 | -1.000.000 | -1,23 |
| 1.1.9 Penyisihan Piatang Usaha Lain-lain | -400.000 | -405.000 | 5.000 | -1,23 |
| Piatang Pelayanan Usaha Lain-lain Netto | 79.600.000 | 80.595.000 | -905.000 | -1,23 |
| 1.1.6 Persediaan | 37.329.362.583 | 44.721.157.570 | -7.391.794.987 | -16,63 |
| 1.1.7 Uang Muka | 0 | 0 | 0 | 0,00 |
| 1.1.8 Beban Dibayar Dimuka | 0 | 0 | 0 | 0,00 |
| TOTAL ASET LANCAR | 248.936.770.938 | 241.383.880.497 | 7.552.890.441 | 3,13 |
| ASET TETAP | | | | |
| 1.2. ASET TETAP | | | | |
| 1.2.1 Tanah | 2.322.848.969.000 | 2.322.848.969.000 | 0 | 0,00 |
| 1.2.2 Peralatan dan Mesin | 836.271.223.089 | 768.876.695.465 | 67.394.527.624 | 8,77 |
| 1.2.3 Gedung dan Bangunan | 434.404.129.374 | 484.391.796.875 | -49.987.667.501 | -10,32 |
| 1.2.4 Jalan, Irigasi dan Jaringan | 10.976.513.279 | 9.764.565.839 | 1.211.947.440 | 12,41 |
| 1.2.5 Aset Tetap Lainnya | 77.197.462 | 18.309.462 | 58.888.000 | 321,63 |
| 1.2.6 Konstruksi Dalam Penyelesaian | 149.998.335.569 | 114.306.616.244 | 35.691.719.325 | 31,22 |
| 1.2.7 Akumulasi Penyusutan Aktiva Tetap | -694.279.395.083 | -578.176.998.535 | -116.102.396.548 | 20,08 |
| TOTAL ASET TETAP | 3.060.296.972.690 | 3.122.029.954.350 | -61.732.981.660 | -1,98 |
| ASET LAINNYA | | | | |
| 1.3. ASET LAINNYA | | | | |
| 1.3.1 Aset Tak Berwujud | 52.015.822.298 | 26.088.042.056 | 25.927.780.242 | 99,30 |
| 1.3.2 Aset Kerja Sama Operasional | 0 | 0 | 0 | 0,00 |
| 1.3.3 Aset Sewaan | 0 | 0 | 0 | 0,00 |
| 1.3.4 Aset Yang Tidak Digunakan | 0 | 0 | 0 | 0,00 |
| 1.3.5 Beban Dibayar Dimuka | 0 | 0 | 0 | 0,00 |
| 1.3.6 Aset Lain-lain | 134.283.750 | 86.796.182 | 47.487.568 | 54,71 |
| 1.3.7 Akumulasi Amortisasi | -25.674.674.931 | -23.949.640.975 | -1.725.033.956 | 7,20 |
| TOTAL ASET LAINYA | 26.475.431.117 | 2.225.197.263 | 24.250.233.854 | 1.089,80 |
| TOTAL ASET | 3.335.709.174.745 | 3.365.639.032.110 | -29.929.857.365 | -0,89 |
| KEWAJIBAN DAN EKUITAS | | | | |
| KEWAJIBAN JANGKA PENDEK | | | | |
| 2.1. KEWAJIBAN JANGKA PENDEK | | | | |
| 2.1.1 Utang Usaha | 167.663.782.116 | 155.188.458.641 | 12.475.323.475 | 8,04 |
| 2.1.2 Uang Muka Pasien | 17.598.391 | 104.271.241 | -86.672.850 | -83,12 |
| 2.1.3 Pendapatan Diterima Dimuka | 531.551.667 | 213.001.666 | 318.550.001 | 149,55 |
| 2.1.4 Beban Yang Masih Harus Dibayar | 21.137.320.355 | 23.216.340.613 | -2.079.020.258 | -8,95 |
| 2.1.5 Utang Pajak | 0 | 904.133.120 | -904.133.120 | 0,00 |
| 2.1.6 Utang Jangka Pendek Lainnya | 0 | 0 | 0 | 0,00 |
| TOTAL KEWAJIBAN J. PENDEK | 189.350.252.529 | 179.626.205.281 | 9.724.047.248 | 5,41 |
| EKUITAS | | | | |
| 3. EKUITAS | | | | |
| TOTAL EKUITAS | 3.146.358.922.216 | 3.186.012.826.829 | -39.653.904.613 | -1,24 |
| TOTAL KEWAJIBAN DAN EKUITA | 3.335.709.174.745 | 3.365.639.032.110 | -29.929.857.365 | -0,89 |

Direktur Utama

dr. R. Nina Susana Dewi, Sp.PK(K),M.Kes,MMRS
NIP. 196212031988032001

Tabel 3.43 Laporan Operasional Tahun 2018**RSUP DR. HASAN SADIKIN BANDUNG****LAPORAN OPERASIONAL**

Per 31 Desember 2018

| | | 31-Des-18 | 31 Des 2017 | NAIK/TURUN | % |
|------------------------------------|---------------------------------------|------------------------|------------------------|------------------------|--------------|
| PENDAPATAN | | | | | |
| PENDAPATAN JASA LAYANAN | | | | | |
| 4.1.1 | Pendapatan Usaha Rawat Jalan | 221.431.832.587 | 425.856.971.518 | -204.425.138.920 | -48,00 |
| 4.1.2 | Pendapatan Usaha Rawat Inap | 435.227.834.830 | 283.140.682.139 | 152.087.152.601 | 53,71 |
| | TOTAL PENDAPATAN JASA LAYANAN | 656.659.667.417 | 708.997.663.655 | -52.337.986.238 | -7,38 |
| 4.2 | Pendapatan Usaha Lainnya | 28.091.128.198 | 20.971.310.656 | 7.119.817.542 | 33,95 |
| 4.3 | Pendapatan Lainnya | 1.441.174.081 | 0 | 1.441.174.081 | 0,00 |
| 4.4 | Hibah/Donasi/Sumbangan Non Pemerintah | 19.935.304.995 | 1.563.385.600 | 18.371.919.395 | ##### |
| PENDAPATAN APBN | | | | | |
| 4.5.1 | Operasional | 176.908.315.834 | 179.730.531.845 | -2.822.216.011 | -1,57 |
| 4.5.2 | Investasi | 0 | 36.766.324.383 | -36.766.324.383 | 0,00 |
| | TOTAL PENDAPATAN | 883.035.590.525 | 948.029.208.139 | -64.993.615.614 | -6,86 |
| BEBAN | | | | | |
| BEBAN LAYANAN | | | | | |
| 5.1.1 | Beban Pegawai | 379.715.569.729 | 360.710.246.497 | 19.005.323.232 | 5,27 |
| 5.1.10 | Beban Penyisihan Piutang | -20.201.621.316 | 23.991.970.712 | -44.193.592.028 | -184,20 |
| 5.1.11 | Beban Subsidi Pasien | 1.731.858.962 | 10.664.493.268 | -8.932.634.306 | -83,76 |
| 5.1.12 | Beban Perjalanan Dinas | 140.073.264 | 295.016.447 | -154.943.183 | -52,52 |
| 5.1.13 | Beban Pelayanan Lainnya | 0 | 0 | 0 | 0,00 |
| 5.1.2 | Beban Bahan | 310.105.200.545 | 373.698.373.673 | -63.593.173.128 | -17,02 |
| 5.1.3 | Beban Pemeliharaan | 29.370.011.602 | 26.781.712.255 | 2.588.299.347 | 9,66 |
| 5.1.4 | Beban Daya & Jasa | 15.045.381.102 | 17.737.466.304 | -2.692.085.202 | -15,18 |
| 5.1.5 | Beban Pendidikan dan Pelatihan | 0 | 0 | 0 | 0,00 |
| 5.1.6 | Beban Penelitian dan Pengembangan | 3.227.495.422 | 4.674.031.089 | -1.446.535.667 | -30,95 |
| 5.1.7 | Beban Penyusutan | 82.479.201.353 | 64.993.114.998 | 17.486.086.355 | 26,90 |
| 5.1.8 | Beban Amortisasi | 0 | 0 | 0 | 0,00 |
| 5.1.9 | Beban Promosi | 0 | 0 | 0 | 0,00 |
| | TOTAL BEBAN LAYANAN | 801.613.170.663 | 883.546.425.243 | -81.933.254.580 | -9,27 |
| BEBAN UMUM DAN ADMINISTRASI | | | | | |
| 5.2.1 | Beban Pegawai | 68.031.217.249 | 69.829.680.324 | -1.798.463.075 | -2,58 |
| 5.2.10 | Beban Penyisihan Piutang | 0 | 0 | 0 | 0,00 |
| 5.2.11 | Beban Subsidi Pasien | 0 | 0 | 0 | 0,00 |
| 5.2.12 | Beban Perjalanan Dinas | 1.064.878.156 | 2.095.298.256 | -1.030.420.100 | -49,18 |
| 5.2.13 | Beban Umum dan Administrasi Lainnya | 4.080.796.449 | 12.236.294.549 | -8.155.498.100 | -66,65 |
| 5.2.2 | Beban Bahan | 2.286.300.097 | 6.912.026.592 | -4.625.726.495 | -66,92 |
| 5.2.3 | Beban Pemeliharaan | 236.585.278 | 1.890.207.039 | -1.653.621.761 | -87,48 |
| 5.2.4 | Beban Daya & Jasa | 125.913.572 | 355.922.992 | -230.009.420 | -64,62 |
| 5.2.5 | Beban Pendidikan dan Pelatihan | 0 | 0 | 0 | 0,00 |
| 5.2.6 | Beban Penelitian dan Pengembangan | 8.758.999.255 | 10.937.839.224 | -2.178.839.969 | -19,92 |
| 5.2.7 | Beban Penyusutan | 35.348.229.151 | 22.320.890.813 | 13.027.338.338 | 58,36 |
| 5.2.8 | Beban Amortisasi | 0 | 0 | 0 | 0,00 |
| 5.2.9 | Beban Promosi | 0 | 0 | 0 | 0,00 |
| | TOTAL B. UMUM DAN ADM | 119.932.919.207 | 126.578.159.789 | -6.645.240.582 | -5,25 |
| BEBAN LAINNYA | | | | | |
| 5.3.1 | Beban Bunga | 0 | 0 | 0 | 0,00 |
| 5.3.2 | Beban Administrasi Bank | 1.564.018 | 1.373.302 | 190.716 | 13,89 |

| | | | | |
|--|-------------------------|--------------------------|------------------------|---------------|
| TOTAL BEBAN LAINNYA | 1.564.018 | 1.373.302 | 190.716 | 13,89 |
| TOTAL BEBAN | 921.547.653.888 | 1.010.125.958.334 | -88.578.304.446 | -8,77 |
| SURPLUS/DEFISIT SEBELUM POS KEUNTUNGAN/KERUGI | | | | |
| 6.1.1 Keuntungan/(kerugian) Penjualan Aset Non Lancar | 0 | 0 | 0 | 0,00 |
| 6.1.2 Keuntungan/(kerugian) Perubahan Nilai Aset | 0 | 0 | 0 | 0,00 |
| 6.1.3 Keuntungan/(kerugian) Perubahan Metode Pengukuran | 0 | 0 | 0 | 0,00 |
| 6.1.4 Keuntungan/(kerugian) Lainnya | 0 | 0 | 0 | 0,00 |
| TOTAL KEUNTUNGAN/KERUGIAN | 0 | 0 | 0 | 0,00 |
| SURPLUS/DEFISIT TAHUN BERJAL | -38.512.063.363 | -62.096.752.195 | 23.584.688.832 | -37,98 |
| SURPLUS/DEFISIT TAHUN BERJALAN DILUAR PENDAPATAN APBN | -215.420.379.197 | -278.593.608.423 | 63.173.229.226 | -22,68 |

Direktur Utama

dr. R. Nina Susana Dewi Sp,PK(K),M.Kes,MMRS
NIP. 196212031988032001

C. EFISIENSI SUMBER DAYA

- Efisiensi FC untuk seluruh unit kerja. Penertiban mesin FC, dibuat PKS untuk seluruh unit kerja, serta negosiasi harga.
- Pengendalian toner atau tinta printer yang terpusat (sehingga dapat memudahkan untuk pengendalian)
- Pemberian konsumsi berdasarkan kriteria lama rapat, pengendalian adalah dengan cara unit kerja meminta persetujuan dari Bagian Umum.
- Pengendalian barang cetakan (pada tahun 2019 bisa berkurang), serta pengendalian kebutuhan ATK, dengan pembuatan software.
- Sebelumnya foto copy dikelola oleh masing masing unit kerja (11 unit kerja), saat ini foto copy dikelola oleh Bag Umum, dengan dibuat PKS secara Kolektif (12 unit), ditunjuk pj tiap unit
- Penambahan 1 unit FC (untuk pelay di OPD dengan berbayar) hasil 3jt-4jt /bulan (Pendapatan RS). Pengeluaran biaya FC seluruh unit kerja rata rata Rp12,5 jt / bulan.
- Efisiensi Perjalanan Dinas

Pengendalian SPPD, untuk setiap kegiatan maksimal 2 (dua) peserta

Tabel 3.44
Pengendalian SPPD

| BULAN | TAHUN 2017 | TAHUN 2018 |
|---------------|--------------------------|--------------------------|
| JANUARI | Rp. 38.310.000,- | Rp. 54.200.000,- |
| FEBRUARI | Rp. 52.870.000,- | Rp. 20.840.000,- |
| MARET | Rp. 42.400.000,- | Rp. 42.400.000,- |
| APRIL | Rp. 74.500.000,- | Rp. 47.270.000,- |
| MEI | Rp. 35.720.000,- | Rp. 33.310.000,- |
| JUNI | Rp. 17.470.000,- | Rp. 10.400.000,- |
| JULI | Rp. 68.890.000,- | Rp. 23.950.000,- |
| AGUSTUS | Rp. 62.030.000,- | Rp. 58.930.000,- |
| JUMLAH | Rp. 392.190.000,- | Rp. 230.580.000,- |

- Pengendalian Distribusi kertas

Tabel 3.45**Pengendalian Distribusi Kertas**

| NO. | JENIS KERTAS | Th 2017 | Th 2018 |
|-----|-------------------|-----------|------------|
| | | /SEMESTER | /SEMESTER |
| 1. | HVS A4 (70 gram) | 83 | 75 (7%) |
| 2. | HVS F4 (70 gram) | 276 | 181 (35%) |
| 3 | HVS A4 (80 gram) | 5670 | 4917 (14%) |
| 4. | HVS F4 (80gram) | 3128 | 2309 (28%) |

- Penetapan tarif sewa ruang pertemuan yang digunakan oleh Pihak III
- Pemanfaatan lahan untuk Kantin,mini marker, vanding mechin dll bekerja sama dengan P III: RIK\,OPD,Cardiac , IRJ lama
- Pemanfaatan Kembali Linen Tidak Layak Pakai □ Sudah berjalan sejak bulan Juni 2018

Tabel 3.46**Analisa Pemanfaatan Linen**

| BULAN | BIAYA PEMUSNAHAN LINEN TIDAK LAYAK P AKAI (Rp) | DANA YANG DIHASILKAN DARI PRODUKSI LAP (Rp) | |
|--------------|--|--|---------------|
| | | 30 cm x 30 cm | 60 cm x 60 cm |
| Juni | 811.800,00 | 1.400.000,00 | 962.000,00 |
| Juli | 900.900,00 | 2.800.000,00 | 2.000.000,00 |
| Agustus | 722.700,00 | | |
| September | 1.316.700,00 | 2.600.000,00 | 750.000,00 |
| Okttober | 1.049.400,00 | 2.000.000,00 | 500.000,00 |
| Total | 4.801.500,00 | 10,515,000,00 | |

- Pemasangan sunblast sebagai pengganti fungsi gordyn dan filtrage di RIK Paviliun Parahyangan, anggaran sudah turun pada bulan November 2018
- Tahun 2019 dana pencucian linen RIK akan dicadangkan untuk perbaikan/penggantian spare parts mesin laundry yang tidak teranggarkan sebelumnya.

-
- Tidak perlu dana pengadaan gordyn dan filtrage di RIK (efisiensi anggaran Linen Non Medis)

BAB IV

KESIMPULAN

Capaian kinerja RSUP Dr. Hasan Sadikin Bandung tahun 2018 dalam meningkatkan pelayanan kesehatan, pendidikan dan penelitian dapat dilihat melalui hasil pengukuran pencapaian target tiap-tiap indikator yang mendukung sasaran program sesuai dengan Rencana Strategis Bersama (RSB) RSUP Dr. Hasan Sadikin Tahun 2015 – 2019 dan capaian dari kegiatan yang merupakan tugas pokok dan fungsi di tiap-tiap Bagian.

Pada umumnya kinerja pelaksanaan kegiatan untuk mendukung program-program yang ada telah mendekati pencapaian sesuai target yang telah direncanakan, adapun permasalahan-permasalahan yang dihadapi antara lain diterapkannya kebijakan tentang sistem rujukan online di rawat jalan yang menyebabkan terhambatnya pelayanan.

Keberhasilan yang telah dicapai pada tahun 2018 diharapkan dapat menjadi parameter agar kegiatan-kegiatan di masa mendatang dapat dilaksanakan secara lebih efektif dan efisien. Sedangkan untuk hal-hal yang menghambat tercapainya target dan rencana pelaksanaan kegiatan diharapkan dapat ditemukan solusi serta alternatif penyelesaiannya dengan mengedepankan *profesionalisme* di lingkungan RSUP Dr. Hasan Sadikin.

Laporan akuntabilitas kinerja RSUP Dr. Hasan Sadikin ini selain merupakan media pertanggungjawaban kinerja, juga diharapkan dapat digunakan sebagai alat komunikasi dan bahan masukan bagi para pemangku jabatan baik dilingkungan RSUP Dr. Hasan Sadikin maupun di tingkat Kementerian Kesehatan RI dalam rangka peningkatan kinerja dimasa yang akan datang.

Lampiran

RSUP DR. HASAN SADIKIN BANDUNG
NERACA
 Per 31 Desember 2017

| ASET | 31-Des-17 | TA 2016 | NAIK/TURUN | % |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|---------------|
| ASET LANCAR | | | | |
| 1.1.1 Kas dan Setara Kas | 39.719.131,671 | 73.396.549,897 | -33.677.418,226 | -45,88 |
| 1.1.2 Investasi Lancar | 0 | 0 | 0 | 0,00 |
| 1.1.3 Piutang Pelayanan | 138.182.737,967 | 171.564.870,487 | -33.382.132,520 | -19,46 |
| 1.1.4 Penyisihan Piutang | -78.888.286,605 | -56.930.324,580 | -21.957.962,025 | 38,57 |
| Piutang Pelayanan Netto | 59.294.451,362 | 114.634.545,907 | -55.340.094,545 | -48,28 |
| 1.1.5 Piutang Usaha Lain-lain | 81.000.000 | 411.270.093 | -330.270.093 | -80,30 |
| 1.1.9 Penyisihan Piutang Usaha Lain-lain | -405.000 | -2.056.350 | 1.651.350 | -80,30 |
| Piutang Pelayanan Usaha Lain-lain Netto | 80.595.000 | 409.213.743 | -328.618.743 | -80,30 |
| 1.1.6 Persediaan | 44.726.294,221 | 51.781.146,146 | -7.054.851,925 | -13,62 |
| 1.1.7 Uang Muka | 0 | 0 | 0 | 0,00 |
| 1.1.8 Beban Dibayar Dimuka | 0 | 0 | 0 | 0,00 |
| TOTAL ASET LANCAR | 143.820.472,254 | 240.221.455,693 | -96.400.983,439 | -40,13 |
| ASET TETAP | | | | |
| 1.2.1 Tanah | 2.322.848.969,000 | 437.792.861,620 | 1.885.056.107,380 | 430,58 |
| 1.2.2 Peralatan dan Mesin | 768.876.695,465 | 724.779.442,138 | 44.097.253,327 | 6,08 |
| 1.2.3 Gedung dan Bangunan | 484.482.679,675 | 337.976.331,211 | 146.506.347,464 | 43,35 |
| 1.2.4 Jalan, Irigasi dan Jaringan | 9.764.565,839 | 10.618.657,606 | -854.091,767 | -8,04 |
| 1.2.5 Aset Tetap Lainnya | 18.309,462 | 0 | 18.309,462 | 0,00 |
| 1.2.6 Konstruksi Dalam Penyelesaian | 114.308.616,244 | 90.851.324,379 | 23.455.291,865 | 25,82 |
| 1.2.7 Akumulasi Penyusutan Aktiva Tetap | -576.744.825,844 | -561.197.529,505 | -15.547.296,339 | 2,77 |
| TOTAL ASET TETAP | 3.123.553.008,841 | 1.040.821.087,449 | 2.082.731.921,392 | 200,10 |
| ASET LAINNYA | | | | |
| 1.3.1 Aset Tak Berwujud | 26.088.042,056 | 13.543.574,280 | 12.544.467,776 | 92,62 |
| 1.3.2 Aset Kerja Sama Operasional | 0 | 0 | 0 | 0,00 |
| 1.3.3 Aset Sewaan | 0 | 0 | 0 | 0,00 |
| 1.3.4 Aset Yang Tidak Digunakan | 0 | 0 | 0 | 0,00 |
| 1.3.5 Beban Dibayar Dimuka | 0 | 0 | 0 | 0,00 |
| 1.3.6 Aset Lain-lain | 0 | 0 | 0 | 0,00 |
| 1.3.7 Akumulasi Amortisasi | -23.949.640,975 | -11.038.604,602 | -12.911.036,373 | 116,96 |
| TOTAL ASET LAINYA | 2.138.401,081 | 2.504.969,678 | -366.568,597 | -14,63 |
| TOTAL ASET | 3.269.511.882,176 | 1.283.547.512,820 | 1.985.964.369,356 | 154,72 |
| KEWAJIBAN DAN EKUITAS | | | | |
| KEWAJIBAN JANGKA PENDEK | | | | |
| 2.1.1 Utang Usaha | 155.190.198,641 | 89.151.867,928 | 66.038.330,713 | 74,07 |
| 2.1.2 Uang Muka Pasien | 104.271.241 | 366.777.660 | -262.506.419 | -71,57 |
| 2.1.3 Pendapatan Diterima Dimuka | 195.426.666 | 762.250.000 | -566.823.334 | -74,36 |
| 2.1.4 Beban Yang Masih Harus Dibayar | 20.799.621,354 | 23.628.900,267 | -2.829.278,913 | -11,97 |
| 2.1.5 Utang Pajak | 904.133.120 | 1.058.357.864 | -154.224.744 | -14,57 |
| 2.1.6 Utang Jangka Pendek Lainnya | 0 | 0 | 0 | 0,00 |
| TOTAL KEWAJIBAN J. PENDEK | 177.193.651,022 | 114.968.153,719 | 62.225.497,303 | 54,12 |
| EKUITAS | | | | |
| 3. Ekuitas | 3.092.318.231,154 | 1.168.579.359,101 | 1.923.738.872,053 | 164,62 |
| TOTAL EKUITAS | 3.092.318.231,154 | 1.168.579.359,101 | 1.923.738.872,053 | 164,62 |
| TOTAL KEWAJIBAN DAN EKUITA | 3.269.511.882,176 | 1.283.547.512,820 | 1.985.964.369,356 | 154,72 |

RSUP DR. HASAN SADIKIN BANDUNG
LAPORAN OPERASIONAL
Per 31 Desember 2017

| | | 31-Des-17 | TA 2016 | NAIK/TURUN | % |
|-----------------------------|---------------------------------------|--------------------------|--------------------------|-------------------------|---------------|
| PENDAPATAN | | | | | |
| PENDAPATAN JASA LAYANAN | | | | | |
| 4.1.1 | Pendapatan Usaha Rawat Jalan | 232.230.937.439 | 303.922.259.475 | -71.691.322.036 | -23,59 |
| 4.1.2 | Pendapatan Usaha Rawat Inap | 372.418.315.285 | 535.291.865.475 | -162.873.550.190 | -30,43 |
| | TOTAL PENDAPATAN JASA LAYANAN | 604.649.252.724 | 839.214.124.950 | -234.564.872.226 | -27,95 |
| 4.2 | Pendapatan Usaha Lainnya | 20.068.982.036 | 20.473.368.157 | -404.386.121 | -1,98 |
| 4.3 | Pendapatan Lainnya | 919.903.620 | 0 | 919.903.620 | 0,00 |
| 4.4 | Hibah/Donasi/Sumbangan Non Pemerintah | 1.563.385.600 | 402.229.000 | 1.161.156.600 | 288,68 |
| PENDAPATAN APBN | | | | | |
| 4.5.1 | Operasional | 179.730.531.845 | 226.093.074.116 | -46.362.542.271 | -20,51 |
| 4.5.2 | Investasi | 36.766.324.383 | 100.871.871.225 | -64.105.546.842 | -63,55 |
| | TOTAL PENDAPATAN | 843.698.380.208 | 1.187.054.667.448 | -343.356.287.240 | -28,93 |
| BEBAN | | | | | |
| BEBAN LAYANAN | | | | | |
| 5.1.1 | Beban Pegawai | 362.179.555.338 | 394.091.566.115 | -31.912.010.777 | -8,10 |
| 5.1.10 | Beban Penyisihan Piutang | 21.956.310.675 | 8.608.402.039 | 13.347.908.636 | 155,06 |
| 5.1.11 | Beban Subsidi Pasien | 6.007.093.450 | 12.966.444.390 | -6.959.350.940 | -53,67 |
| 5.1.12 | Beban Perjalanan Dinas | 104.291.838 | 306.931.693 | -202.639.855 | -66,02 |
| 5.1.13 | Beban Pelayanan Lainnya | 0 | 812.626.756 | -812.626.756 | 0,00 |
| 5.1.2 | Beban Bahan | 379.262.990.783 | 372.998.380.949 | 6.264.609.834 | 1,68 |
| 5.1.3 | Beban Pemeliharaan | 26.337.950.439 | 18.826.473.404 | 7.511.477.035 | 39,90 |
| 5.1.4 | Beban Daya & Jasa | 17.713.921.918 | 15.350.364.244 | 2.363.557.674 | 15,40 |
| 5.1.5 | Beban Pendidikan dan Pelatihan | 340.000.000 | 0 | 340.000.000 | 0,00 |
| 5.1.6 | Beban Penelitian dan Pengembangan | 3.709.050.048 | 7.901.271.577 | -4.192.221.529 | -53,06 |
| 5.1.7 | Beban Penyusutan | 52.082.078.625 | 55.294.716.894 | -3.212.638.269 | -5,81 |
| 5.1.8 | Beban Amortisasi | 9.037.725.462 | 494.736.675 | 8.542.988.787 | ##### |
| 5.1.9 | Beban Promosi | 0 | 0 | 0 | 0,00 |
| | TOTAL BEBAN LAYANAN | 878.730.968.576 | 887.651.914.736 | -8.920.946.160 | -1,01 |
| BEBAN UMUM DAN ADMINISTRASI | | | | | |
| 5.2.1 | Beban Pegawai | 67.586.635.483 | 59.589.684.811 | 7.996.950.672 | 13,42 |
| 5.2.10 | Beban Penyisihan Piutang | 0 | 0 | 0 | 0,00 |
| 5.2.11 | Beban Subsidi Pasien | 0 | 0 | 0 | 0,00 |
| 5.2.12 | Beban Perjalanan Dinas | 2.094.243.256 | 1.533.822.746 | 560.420.510 | 36,54 |
| 5.2.13 | Beban Umum dan Administrasi Lainnya | 11.782.142.885 | 12.282.579.534 | -500.436.649 | -4,07 |
| 5.2.2 | Beban Bahan | 1.224.983.651 | 5.383.255.550 | -4.158.271.899 | -77,24 |
| 5.2.3 | Beban Pemeliharaan | 2.140.012.203 | 2.192.905.824 | -52.893.621 | -2,41 |
| 5.2.4 | Beban Daya & Jasa | 355.922.992 | 319.132.992 | 36.790.000 | 11,53 |
| 5.2.5 | Beban Pendidikan dan Pelatihan | 0 | 7.705.460.950 | -7.705.460.950 | 0,00 |
| 5.2.6 | Beban Penelitian dan Pengembangan | 10.902.298.497 | 0 | 10.902.298.497 | 0,00 |
| 5.2.7 | Beban Penyusutan | 22.320.890.813 | 23.297.764.195 | -976.873.382 | -4,19 |
| 5.2.8 | Beban Amortisasi | 3.873.310.911 | 0 | 3.873.310.911 | 0,00 |
| 5.2.9 | Beban Promosi | 0 | 0 | 0 | 0,00 |
| | TOTAL B. UMUM DAN ADM | 122.280.440.691 | 112.304.606.602 | 9.975.834.089 | 8,88 |
| BEBAN LAINNYA | | | | | |
| 5.3.1 | Beban Bunga | 0 | 0 | 0 | 0,00 |
| 5.3.2 | Beban Administrasi Bank | 1.373.302 | 15.776.598 | -14.403.296 | -91,30 |
| | TOTAL BEBAN LAINNYA | 1.373.302 | 15.776.598 | -14.403.296 | -91,30 |
| | TOTAL BEBAN | 1.001.012.782.569 | 999.972.297.936 | 1.040.484.633 | 0,10 |

SURPLUS/DEFISIT SEBELUM POS KEUNTUNGAN/KERUGI

| | | | | | |
|-------|--|-------------------------|-------------------------|-------------------------|----------------|
| 6.1.1 | Keuntungan/(kerugian) Penjualan Aset Non Lancar | 0 | 0 | 0 | 0,00 |
| 6.1.2 | Keuntungan/(kerugian) Perubahan Nilai Aset | 0 | 0 | 0 | 0,00 |
| 6.1.3 | Keuntungan/(kerugian) Perubahan Metode Pengukuran | 0 | 0 | 0 | 0,00 |
| 6.1.4 | Keuntungan/(kerugian) Lainnya | 0 | 0 | 0 | 0,00 |
| | TOTAL KEUNTUNGAN/KERUGIAN | 0 | 0 | 0 | 0,00 |
| | SURPLUS/DEFISIT TAHUN BERJAL | -157.314.402,361 | 187.082.369,512 | -344.396.771,873 | -184,09 |
| | SURPLUS/DEFISIT TAHUN BERJALAN DILUAR PENDAPATAN APBN | -373.811.258,589 | -139.882.575,829 | -233.928.682,760 | 167,23 |

**RSUP DR. HASAN SADIKIN BANDUNG
LAPORAN ARUS KAS**

| | 31-Des-17 | TA 2016 | NAIK/TURUN | |
|---|------------------------|-------------------------|-------------------------|----------------|
| ARUS KAS DARI AKTIVITAS OPERASIONAL | | | | |
| ARUS MASUK | 904.127.746.968 | 1.106.794.252.616 | -202.666.505.648 | -18,31 |
| 1.1.1 Penerimaan Usaha dari Jasa Layanan | 632.111.087.976 | 723.573.391.962 | -91.462.303.986 | -12,64 |
| 1.1.2 Penerimaan Usaha Lainnya | 19.832.428.795 | 19.684.909.380 | 147.519.415 | 0,75 |
| 1.1.3 Penerimaan Lainnya | 919.903.620 | 663.897.018 | 256.006.602 | 38,56 |
| 1.1.5 Penerimaan APBN (Rupiah Murni) | 216.496.856.228 | 326.964.945.341 | -110.468.089.113 | -33,79 |
| 1.1.6 Penerimaan/(Pengeluaran) Dana Pihak K | -262.506.419 | 44.914.641 | -307.421.060 | -684,46 |
| 1.1.7 Penerimaan Pungutan Pajak | 35.029.976.768 | 35.862.194.274 | -832.217.506 | -2,32 |
| ARUS KELUAR | 851.821.675.887 | 861.814.638.338 | -9.992.962.451 | -1,16 |
| 1.2.1 Belanja Pegawai | 138.644.187.106 | 140.877.515.061 | -2.233.327.955 | -1,59 |
| 1.2.2 Belanja Barang | 678.147.512.013 | 685.074.929.003 | -6.927.416.990 | -1,01 |
| 1.2.3 Setoran Pajak Yang Dipungut | 35.029.976.768 | 35.862.194.274 | -832.217.506 | -2,32 |
| ARUS KAS NETO DARI AKTIVITAS OPERASIONAL | 52.306.071.081 | 244.979.614.278 | -192.673.543.197 | -78,65 |
| ARUS KAS DARI AKTIVITAS INVESTASI | | | | |
| ARUS MASUK | 0 | 0 | 0 | 0,00 |
| 1.3.1 Hasil Penjualan Aset Tetap | 0 | 0 | 0 | 0,00 |
| 1.3.2 Hasil Penjualan Investasi Jangka Panjang | 0 | 0 | 0 | 0,00 |
| 1.3.3 Hasil Penjualan Aset Lainnya | 0 | 0 | 0 | 0,00 |
| ARUS KELUAR | 85.983.489.307 | 191.685.265.495 | -105.701.776.188 | -55,14 |
| 1.4.1 Perolehan Aset Tetap | 85.983.489.307 | 191.685.265.495 | -105.701.776.188 | -55,14 |
| 1.4.2 Perolehan Investasi Jangka Panjang | 0 | 0 | 0 | 0,00 |
| 1.4.3 Perolehan Aset Lainnya | 0 | 0 | 0 | 0,00 |
| ARUS KAS NETO DARI AKTIVITAS INVESTASI | -85.983.489.307 | -191.685.265.495 | 105.701.776.188 | -55,14 |
| ARUS KAS DARI AKTIVITAS PENDANAAN | | | | |
| ARUS MASUK | 0 | 0 | 0 | 0,00 |
| 1.5.1 Perolehan Pinjaman | 0 | 0 | 0 | 0,00 |
| 1.5.2 Penerimaan Kembali Pokok Pinjaman | 0 | 0 | 0 | 0,00 |
| ARUS KELUAR | 0 | 0 | 0 | 0,00 |
| 1.6.1 Pembayaran Pokok Pinjaman | 0 | 0 | 0 | 0,00 |
| 1.6.2 Pemberian Pinjaman | 0 | 0 | 0 | 0,00 |
| ARUS KAS NETO DARI AKTIVITAS INVESTASI | 0 | 0 | 0 | 0,00 |
| KENAIKAN / (PENURUNAN) NETO | -33.677.418.226 | 53.294.348.783 | -86.971.767.009 | -163,19 |
| KAS DAN SETARA KAS AWAL | 73.396.549.897 | 20.102.201.114 | 53.294.348.783 | 265,12 |
| KAS DAN SETARA KAS AKHIR | 39.719.131.671 | 73.396.549.897 | -33.677.418.226 | -45,88 |

PERJANJIAN KINERJA TAHUN 2018

UNIT KERJA

| No. | Sasaran Program/Kegiatan | Indikator Kinerja | Target |
|-----|---|--|-------------------------------------|
| (1) | (2) | (3) | (4) |
| 1 | Terwujudnya peningkatan indikator kesehatan Jawa Barat | 1. Angka Kematian Ibu (AKI) 2. Angka Kematian Neonatal Dini 3. Prevalensi Kanker Serviks | 887/ 100.000 60 % 0,0062 % |
| 2 | Terwujudnya RSHS sebagai pilihan utama masyarakat | 4. Hasil Survei Preferensi Masyarakat 5. Akreditasi RS 6. Tingkat Kepuasan Pasien 7. Tingkat Kepuasan Peserta Didik | 95% 100% 80% 78% |
| B | Perspektif Proses bisnis | | |
| 3 | Terwujudnya layanan unggulan | 8. % Keberhasilan Penanganan Kasus Severity Level 2 dan 3 9. NDR Rumah Sakit | 90% 43% |
| 4 | Terwujudnya Penyempurnaan Sistem Rujukan Dalam Jejaring Kesehatan | 10. Persentase kasus rujukan yang tepat | 60% |
| 5 | Terwujudnya Kemitraan Strategis (ABGCM) | 11. Jumlah KSO Alat Medik > Rp 3 M 12. Jumlah PPK yang di Implementasikan di Faskes Jejaring | 5 KSO 10 buah |
| 6 | Terwujudnya Integrasi Layanan Pendidikan dan Penelitian | 13. Persentase kepatuhan Clinical Pathway | 90% |
| 7 | Terwujudnya Penyempurnaan Keorganisasian AHC RSHS- FKUP- PMN RSMC | 14. Jumlah SPO Bersama RSHS- FKUP dan RSMC yang diimplementasikan | 7 dokumen |
| 8 | Terwujudnya pengaruh-utamaan riset pusat Studi untuk Kesehatan Masyarakat | 15. Jumlah Publikasi Riset | 182 buah |
| 9 | Terwujudnya Sarana Prasarana yang Andal | 16. Tingkat Keandalan Sarpras | 85% |
| 10 | Terwujudnya Pemberdayaan SDM unggul | 17. Persentase kasus ditangani DPJP | 100% |
| 11 | Terwujudnya Kemandirian Finansial | 18. POBO (Rasio Pendapatan PNBP terhadap Biaya Operasional) | 75% |
| 12 | Terwujudnya Keuangan yang Akuntabel, Transparan dan Cost-Effective | 19. Hasil Audit Keuangan | WTP |

| Kegiatan | Anggaran |
|--|-----------------|
| 1 Kegiatan Operasional pelayanan | 714.063.570.000 |
| 2 Kegiatan pemeliharaan Akreditasi JCI | 1.001.677.000 |
| 3 Kegiatan Pengembangan pelayanan RS | 72.591.142.000 |
| 4 Pengadaan , pembinaan dan pengembangan SDM berbasis Kompetensi | 141.018.815.000 |
| TOTAL | 928.675.204.000 |

Jakarta, 16 Desember 2017

Pihak Kedua,



dr. Bambang Wibowo, Sp.OG(K), MARS
NIP. 196108201988121001

Pihak Pertama,



dr. Irayanti, Sp.M.,(K),MARS.
NIP. 196201231989012001



**KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA
DIREKTORAT JENDERAL PELAYANAN KESEHATAN**

RSUP Dr. HASAN SADIKIN BANDUNG

Jalan Pasteur No. 38, Bandung 40161

Telepon : (022) 2034953, 2034954 (hunting) Faksimile : (022) 2032216, 2032533

Laman : www.rshs.or.id Pos-el : rsup@rshs.web.id

SMS Hotline : 08112335555, Contact Center : 082 - 2551111, Alamat Dinas : rshsbdg.rshs.or.id, Facebook : [rshsbdg](https://facebook.com/rshsbdg), Twitter : [@rshsbdg](https://twitter.com/rshsbdg)



KEPUTUSAN DIREKTUR UTAMA RSUP Dr. HASAN SADIKIN BANDUNG

NOMOR : HK.02.03/X.2.1.1/ 24954 /2018

TENTANG

**TIM LAPORAN AKUNTABILITAS KINERJA DAN LAPORAN TAHUN 2018
RSUP Dr. HASAN SADIKIN BANDUNG**

DIREKTUR UTAMA RSUP Dr. HASAN SADIKIN BANDUNG,

Menimbang : a. bahwa berdasarkan Peraturan Menteri Pendayagunaan Aparatur Negara dan Reformasi Birokrasi RI No 53 Tahun 2014, tentang Petunjuk Teknis Perjanjian Kerja, Pelaporan Kinerja, dan Tata Cara Review Atas laporan Kinerja Instansi Pemerintah, dipandang perlu untuk membentuk Tim laporan Akuntabilitas Kinerja dan Laporan Tahun 2018 RSUP Dr. Hasan Sadikin Bandung;

b. bahwa nama-nama pegawai yang tersebut dalam lampiran Keputusan ini dianggap mampu dan cakap untuk ditunjuk sebagai Tim laporan Akuntabilitas Kinerja dan Laporan Tahun 2018 RSUP Dr. Hasan Sadikin Bandung;

c. bahwa sehubungan dengan butir a dan b tersebut dan untuk menunjang tertib administrasi, maka pembentukan Tim laporan Akuntabilitas Kinerja dan Laporan Tahun 2018 tersebut perlu ditetapkan dengan Keputusan Direktur Utama RSUP. Dr. Hasan Sadikin Bandung;

Mengingat : 1. Undang Undang Nomor 5 Tahun 2014 tentang Aparatur Sipil Negara;
2. Undang Undang Nomor 1 Tahun 2004 tentang Perbedaharaan Negara;
3. Undang Undang Nomor 29 Tahun 2009 tentang Praktik Kedokteran;
4. Undang Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan;
5. Undang Undang Nomor 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit;
6. Peraturan Pemerintah Nomor 23 Tahun 2005 tentang Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum;
7. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 1673/Menkes/Per/XII/2005 tentang Struktur Organisasi dan Tata Kerja RSUP Dr. Hasan Sadikin Bandung;
8. Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 1081/Menkes/SK/X/2007 tentang Susunan dan Uraian Jabatan RSUP Dr. Hasan Sadikin Bandung;

Memperhatikan : Pertimbangan Direksi RSUP. Dr. Hasan Sadikin Bandung

M E M U T U S K A N

Menetapkan : **KEPUTUSAN DIREKTUR UTAMA RSUP Dr. HASAN SADIKIN BANDUNG TENTANG TIM LAPORAN AKUNTABILITAS KINERJA DAN LAPORAN TAHUN 2018 RSUP Dr. HASAN SADIKIN BANDUNG**

PERTAMA....

Kesehatan Anda Menjadi Prioritas Kami



-2/3-

- PERTAMA : Membentuk Tim laporan Akuntabilitas Kinerja dan Laporan Tahun 2018 RSUP Dr. Hasan Sadikin Bandung, dengan susunan personalia sebagaimana tersebut dalam lampiran keputusan ini;
- KEDUA : Tugas Tim laporan Akuntabilitas Kinerja dan Laporan Tahun 2018 RSUP Dr. Hasan Sadikin Bandung, adalah :
1. Mengumpulkan data terkait laporan akuntabilitas kinerja dan laporan periodik tahun 2018
 2. Melakukan verifikasi data
 3. Melakukan analisis data dan informasi
 4. menyusun laporan akuntabilitas kinerja dan laporan periodik tahun 2018
 5. Melaksanakan tugas lain yang terkait menyusun laporan akuntabilitas kinerja dan laporan periodik tahun 2018
- KETIGA : Dalam pelaksanaan tugasnya Penapisan Keshatan Pegawai berkewajiban untuk melaporkan hasil kerjanya kepada Direktur Utama melalui Direktur Umum dan Operasional;
- KEEMPAT : Keputusan ini berlaku sejak tanggal ditetapkan dengan ketentuan apabila dikemudian hari terdapat kekeliruan dalam penetapannya akan diubah dan diperbaiki sebagaimana mestinya;

Ditetapkan di : Bandung
Pada Tanggal : 10 Desember 2018


DIREKTUR UTAMA,

R. NINA SUSANA DEWI
NIP. 196212031988032001

Tembusan :

1. Dewan Pengawas RSUP. Dr. Hasan Sadikin Bandung
2. Para Direktur RSUP. Dr. Hasan Sadikin Bandung
3. Para Ketua SPI/Komite RSUP Dr. Hasan Sadikin Bandung
4. Para Kepala Bagian/KSM/Instalasi yang terkait di lingkungan RSHS Bandung
5. Masing masing yang bersangkutan.

Lampiran Keputusan....

-3/3-

Lampiran Keputusan Direktur Utama RSUP. Dr. Hasan Sadikin Bandung
Nomor : HK.02.03/X.2.1.1/ /2018
Tanggal : 10 Desember 2018

SUSUNAN PERSONALIA
TIM LAPORAN AKUNTABILITAS KINERJA DAN LAPORAN TAHUN 2018
RSUP DR. HASAN SADIKIN BANDUNG

| | | |
|------------------|---|---|
| Pelindung | : | Direktur Utama RSUP Dr. Hasan Sadikin Bandung |
| Penanggung Jawab | : | Direktur Umum dan Operasional |
| Ketua | : | dr. Nurul Wulandhani, MM |
| Wakil Ketua | : | dr. Ali Budi Harsono, Sp.OG(K) |
| Sekretaris I | : | Budi Rahadian, S.Sos., MKM |
| Sekretaris II | : | dr. Dewi Ayu Astuti |
| Anggota | : | 1. Dr. dr. Tono Djuwantono, Sp.OG(K),M.Kes. 2. Siti Mahmudah, SH., MH.Kes 3. dr. Ahmad Ramdan, Sp.OT(K), MKM 4. dr. Bambang AmAm Setya Sulthana, Sp.B-KBD. 5. Dra. Neti Mulyati, MM 6. Dra. Martin Takarini, MAB 7. Ir. Budi Utomo, MKM 8. Miranti Gutawa Sumapradja, DCN, M.Sc. 9. Dra. Pinpin Siti Pudjiawati, MAP 10. Maudy Dirgahayu Hussein, SKM., MKM 11. Singgih Parbudi, S.Kep.,Ners.,M.Kep 12. Dani Hadianto, SE., MAB 13. Oki Wahyurini, S.Psi., MT 14. Leni Hartati, SAB., MAB 15. Rini Siti Nurjanah, S.Pd. 16. Ari Wibowo, A.Md |

DIREKTUR UTAMA,
R. NINA SUSANA DEWI
NIP. 196212031988032001

FOTO KEGIATAN

**Gambar 3.5
PKS PEMKOT BANDUNG DAN RSHS**



**Gambar 3.6
MOU MENGENAI LIMBAH PADAT**



**Gambar 3.7
Penghargaan Penerbitan BerkalaSauyunan**



**Gambar 3.8
Penghargaan Juara Contact Center**



Gambar 3.9
Penghargaan Juara Lomba Dalam Rangka Acara HKN Kemenkes



Gambar 3.10
Penyerahan Surat Apresiasi Kepada 18 Satker Vertikal di Lingkungan Direktorat
Jenderal Pelayanan Kesehatan atas Penyelesaian Temuan Laporan Hasil
Pemeriksaan Inspektorat Jenderal Kementerian Kesehatan RI

